

TEMA: RESPONSABILIDAD MÉDICA-Determinación del nexo causal entre la conducta asistencial y las secuelas derivadas de una fractura de acetábulo y cabeza femoral a partir de la valoración conjunta de la historia clínica, testimonios técnicos y dictámenes periciales conforme con las reglas de la sana crítica. La acreditación de una omisión diagnóstica no conduce, por sí sola, a atribuir las secuelas posteriores al prestador del servicio de salud./

HECHOS: El 6 de mayo de 2021, ELRV sufrió un accidente de tránsito en motocicleta, lo que le ocasionó múltiples lesiones y dolor intenso en la región lumbosacra y miembro inferior izquierdo. Fue atendido en la Clínica Las Vegas, de propiedad de Inversiones Médicas de Antioquia S.A.. Señala que en la atención inicial se realizaron estudios dirigidos a columna lumbar, mano, pie, tibia y peroné, sin identificarse fracturas. El manejo se orientó hacia una lesión lumbosacra y heridas de tejidos blandos. Persistió el dolor lumbosacro y posteriormente dolor en cadera izquierda, pero solo hasta el 2 de julio de 2021 se practicaron estudios específicos de pelvis y cadera, diagnosticándose fractura del acetábulo izquierdo y lesión asociada de la cabeza femoral. El 5 de julio de 2021 fue intervenido quirúrgicamente. Posteriormente se documentó lesión neurológica parcial del nervio ciático, dolor crónico y secuelas funcionales, para 2023 requirió reemplazo total de cadera. Es así que los demandantes solicitaron declarar responsable a Inversiones Médicas de Antioquia S.A. por la atención médica presuntamente defectuosa y por ende condenar al pago de perjuicios patrimoniales y extrapatrimoniales. El Juzgado Dieciocho Civil del Circuito de Medellín desestimó las pretensiones. Consideró acreditada una omisión diagnóstica respecto de la fractura acetabular, pero concluyó que no se demostró el nexo causal entre dicha omisión y las secuelas reclamadas. Por tanto, el problema jurídico a resolver consiste en determinar si ¿Se acreditó el nexo de causalidad como elemento axiológico de la responsabilidad civil médica?

TESIS: (...) La responsabilidad médica está compuesta por los elementos de la acción resarcitoria (...) Los involucrados en la prestación del servicio de salud no están exentos de dicho compromiso; si en desarrollo de su actividad sea por negligencia, impericia, imprudencia o violación a su reglamentación, afecta negativamente a los pacientes, debe indemnizarlos siempre y cuando se acredite por la víctima los elementos axiológicos de la responsabilidad médica.(...) Para derivar responsabilidad civil de los médicos o de las instituciones o entidades prestadoras de servicios de salud, el demandante debe probar (i) culpa médica, manifestada en el desconocimiento de los protocolos médicos o *lex artis* (no sometidos a modelos prefigurados); (ii) daño; y (iii) que el daño fue causado por ese desconocimiento o culpa médica (nexo de causalidad). El nexo causal, como condición necesaria para la configuración de la responsabilidad puede ser develado en términos que la Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia, en “las reglas de la vida, el sentido común y la lógica de lo razonable, pues estos criterios permiten particularizar, de los antecedentes y condiciones que confluyen a la producción de un resultado, cuál de ellos tiene la categoría de causa.”(...) En la búsqueda del nexo causal entre el hecho dañoso las secuelas osteoarticulares y neurológicas padecidas por ELRV, incluida la artrosis postraumática, la afectación del nervio ciático, la posterior necesidad de reemplazo total de cadera y la culpa o error médico (que hipotéticamente la produjo), concurren elementos fácticos o materiales y jurídicos; resultando indefectible la prueba material para lograr una condena de responsabilidad civil médica que conduzca a la indemnización por perjuicios.(...) De la declaración de EA no puede extraerse que la fractura acetabular fuera clínicamente evidente para ella durante la atención del 6 de mayo de 2021; (...)el hallazgo de “dolor con la extensión de cadera bilateral” consignado en la historia clínica del 7 de mayo de 2021, imponía sospechar una lesión de cadera y ordenar las imágenes correspondientes; destacó la respuesta del Ortopedista CACA quien al ser interrogado sobre la conducta que debía seguirse frente a un paciente politraumatizado que presentara dolor con la extensión de la cadera, señaló

que procedía, “sospechar alguna lesión y tomar las imágenes que sean necesarias”; precisando que entre las lesiones posibles se encontraban las fracturas de la cadera; el especialista reconoció que tratándose de un paciente politraumatizado, el examen físico, el mecanismo traumático y la sintomatología determinan las ayudas diagnósticas que deben practicarse(...)No obstante, la declaración del Ortopedista no puede fragmentarse para extraer únicamente aquella afirmación; durante el testimonio CA fue categórico en explicar que el diagnóstico de una fractura acetabular depende de la concurrencia de sintomatología, examen físico y ayudas diagnósticas (...)Su declaración permite establecer cuáles signos tendrían relevancia ortopédica desde una perspectiva especializada, pero no demostrar por sí sola qué signos fueron apreciables durante la primera atención.(...) el testigo reconoció una ventaja funcional de la cirugía temprana, pero simultáneamente descartó que el tiempo de intervención constituyera por sí solo un determinante absoluto del desenlace; el pronóstico dependía del tipo, extensión, conminución y daño cartilaginoso de la fractura.(...) el Ortopedista explicó que la artrosis y el pronóstico dependían de la magnitud de la lesión cartilaginosa producida por el trauma y que incluso una intervención temprana no eliminaba el riesgo de artrosis postraumática; tampoco afirmó que operarse al paciente dentro de las primeras tres semanas, se hubiese evitado la prótesis.(...) en cuanto a la lesión traumática inicial del nervio ciático; el testimonio afirmó que una fractura de la pared posterior del acetábulo, por su proximidad anatómica, podía comprometer dicho nervio directamente por el trauma.(...) No afirmó que el atrapamiento por fibrosis fuera necesariamente la causa originaria de la lesión neurológica de EL; dejó abierta la posibilidad de una lesión traumática inicial y explicó que la fibrosis podía originarse tanto antes como después de la intervención.(...) No afirmó que la prótesis implantada posteriormente se evitaría de realizarse una cirugía temprana; una consolidación defectuosa “puede” conducir a una artroplastia, proposición general que coexistió con su explicación que la lesión traumática articular podía producir artrosis incluso ante una reconstrucción oportuna.(...) no demuestra que la artrosis postraumática, la afectación neurológica y la posterior necesidad de prótesis fueron causadas por la supuesta tardanza o por la gravedad intrínseca de la fractura producida en el accidente de tránsito, del cual no referenció dolor localizado en esa zona en el examen físico inicial.(...) La declaración de RTG, Médico Ortopedista con entrenamiento específico en cirugía de pelvis y acetábulo; quien intervino a ELRV el 5 de julio de 2021; a diferencia de los profesionales que participaron en la atención inicial, tuvo conocimiento directo de las condiciones anatómicas encontradas durante la cirugía, del estado de la fractura, de los tejidos blandos circundantes, del nervio ciático y de la evolución posterior del paciente.(...) El profesional que observó directamente la articulación durante la intervención no atribuyó el daño cartilaginoso originario a un proceso posterior, sino a la magnitud de la transferencia de energía producida en el accidente.(...) En relación con la oportunidad habitual para intervenir ese tipo de fracturas, explicó que lo ideal es hacerlo dentro de las primeras dos o tres semanas, esencialmente para facilitar técnicamente la reducción(...)La declaración demuestra que para la cirugía del 5 de julio existía consolidación parcial que exigió un paso quirúrgico adicional; no obstante, el especialista no equiparó esa mayor complejidad técnica con la causa de la artrosis o del daño cartilaginoso(...) Quedó expresado que la aparición de artrosis postraumática no depende exclusivamente del momento de la intervención; puede presentarse aun en pacientes intervenidos dentro de la primera semana y con reducciones anatómicas adecuadas (...)Estas precisiones muestran que varios de los hallazgos invocados por el recurrente —consolidación parcial, fibrosis, desplazamiento, artrosis y compromiso neurológico— no tienen una explicación causal a partir del sólo testimonio del Cirujano; algunos pueden corresponder al proceso de evolución de la fractura, otros al trauma inicial y otros eventualmente a factores posteriores(...)La experticia de ZS aporta elementos relevantes al proceso; acredita técnicamente la existencia y magnitud de las secuelas; explica que para abril de 2022 existía limitación funcional de la cadera, dolor neuropático y pérdida de capacidad laboral;

muestra que el transcurso del tiempo torna más compleja la reducción de una fractura consolidada y ofrece una explicación médicamente posible acerca de la incidencia del apoyo de la extremidad y de la fibrosis sobre las estructuras vecinas; el dictamen de pérdida de capacidad laboral calificó la alteración de la movilidad de la cadera y dolor crónico a partir de los parámetros del Decreto 1507 de 2014. Lo que no proporciona con igual grado de certeza es la individualización causal de cada secuela(...) (la perito) Debilita la tesis que la cirugía practicada en julio, efectuada después de las primeras tres semanas, hubiera dejado una consolidación anatómica irremediablemente defectuosa causalmente conectada con el reemplazo total de 2023. Existe un hecho posterior que no fue desarrollado en la sentencia de primera instancia y que debe ser ponderado con cautela, precisamente porque impide presentar como lineal e ininterrumpida la cadena causal propuesta por el recurrente. En historia clínica correspondiente al 3 de agosto de 2022 se registró un nuevo accidente, cuando EL traumatismo craneoencefálico leve, fractura del cigomático izquierdo y herida sangrante en la ceja ipsilateral(...) la Sala no puede afirmar que aquella caída haya causado la necesidad de la prótesis; sin embargo, es un acontecimiento intercurrente que impide construir una cadena causal exclusiva y automática entre las atenciones de mayo de 2021 y la cirugía protésica realizada más de dos años después; para atribuirle exclusivamente a la conducta de la demandada(...) la no detección inmediata de lesiones complejas lumbopélvicas en pacientes politraumatizados no constituye, por sí sola, demostración de negligencia; la literatura reconoce la dificultad diagnóstica propia de estas lesiones y la coexistencia de traumatismos concurrentes que orientan inicialmente el abordaje.(...) Confrontadas las experticias y los testimonios técnicos, la tesis causal propuesta en la apelación no alcanza la solidez necesaria para modificar la sentencia (...) Aun cuando para resolver la apelación basta la ausencia del nexo causal, en gracia de discusión la valoración integral de las pruebas no permite asumir sin reservas que el sólo transcurso de 56 días equivalga, necesariamente, a un diagnóstico culposamente tardío.

MP: RICARDO LEÓN CARVAJAL MARTÍNEZ

FECHA: 14/08/2026

PROVIDENCIA: SENTENCIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO
TRIBUNAL SUPERIOR DE DISTRITO JUDICIAL DE
MEDELLÍN
SALA CIVIL DE DECISIÓN

Lugar y fecha:	Medellín, catorce (14) de agosto de dos mil veintiséis (2026)
Proceso:	Verbal – responsabilidad médica
Radicado:	05001 31 03 018 2023 00209 02
Demandante:	ELKIN LEONARDO ROLDÁN VARGAS Y OTROS
Demandado:	INVERSIONES MÉDICAS DE ANTIOQUIA SA
Providencia:	Sentencia
Tema:	Determinación del nexo causal entre la conducta asistencial y las secuelas derivadas de una fractura de acetábulo y cabeza femoral a partir de la valoración conjunta de la historia clínica, testimonios técnicos y dictámenes periciales conforme con las reglas de la sana crítica. La acreditación de una omisión diagnóstica no conduce, por sí sola, a atribuir las secuelas posteriores al prestador del servicio de salud. Necesidad de demostrar que fueron consecuencia causalmente atribuible a aquella conducta y no a la gravedad y alta energía del trauma inicial. Ausencia de prueba que la artrosis postraumática, el compromiso neurológico y la posterior necesidad de reemplazo total de cadera fueran consecuencia de la atención médica.

	Falta de acreditación del nexo causal como elemento estructural de la responsabilidad civil médica
Decisión:	Confirma
Sustanciador/ponente:	Ricardo León Carvajal Martínez

De conformidad con la Ley 2213 de 2022 se procede a decidir por escrito, el recurso de apelación interpuesto por la parte demandante frente a la sentencia proferida el 27 de junio de 2025 por el JUZGADO DÉCIMO OCTAVO CIVIL DEL CIRCUITO DE MEDELLIN, en el proceso verbal adelantado por ELKIN LEONARDO ROLDÁN VARGAS, JUAN CAMILO SÁNCHEZ GIL, DORA INÉS VARGAS ARANGO y NELSON EDUARDO ROLDÁN VARGAS contra INVERSIONES MÉDICAS DE ANTIOQUIA SA que llamó en garantía a CHUBB SEGUROS COLOMBIA SA.

1. ANTECEDENTES

1.1 El 6 de mayo de 2021 ELKIN LEONARDO ROLDÁN VARGAS sufrió accidente de tránsito cuando conducía una motocicleta; fue impactado en la pierna izquierda por un vehículo tipo camioneta; evento de alta energía que le ocasionó lesiones y dolor desde la extremidad inferior izquierda hasta la región lumbosacra y la cadera; fue trasladado al servicio de urgencias de la CLÍNICA LAS VEGAS, IPS de propiedad de INVERSIONES MÉDICAS DE ANTIOQUIA SA.

1.2 En la institución médica fue diagnosticado preliminarmente con **"S300 CONTUSIÓN DE LA REGIÓN LUMBOSACRA Y DE LA PELVIS (En Estudio)"**, sustentado en la existencia de un **"trauma contundente"** y **"dolor de gran intensidad 9/10 en escala del dolor en región lumbosacra"**; para establecer un diagnóstico definitivo se ordenó TAC de columna lumbar, radiografías de mano, pie, tibia y peroné, cuyos resultados no mostraron fracturas en las zonas examinadas.

1.3 Pese a que el paciente manifestó dolor intenso y agudo en la región lumbosacra baja y en la pelvis, ninguna de las ayudas diagnósticas practicadas se dirigió a establecer el diagnóstico definitivo y el tratamiento de la lesión padecida; en la historia clínica se registró, entre otros hallazgos, **"dolor en crestas ilíacas...dolor de gran intensidad 9/10 en escala del dolor en región lumbosacra y en pierna izquierda...CONTUSIÓN DE LA REGIÓN LUMBOSACRA Y DE LA PELVIS...agudización del dolor en región lumbar y pierna izquierda."**

1.4 El 7 de mayo de 2021 se sometió por cirugía plástica a los procedimientos **"colgajo fasciocutáneo safeno"** y **"colgajo fasciocutáneo lateral de pierna"**; como persistía el dolor lumbar, la especialista solicitó valoración por Neurocirugía; servicio que consideró que el padecimiento requería únicamente analgesia, descartó la necesidad de intervención y dispuso el alta con control en 15 días.

1.5 En control postoperatorio del 18 de mayo de 2021 el paciente refirió, ***“persistencia de dolor lumbosacro que le limita la marcha, además dolor en reposo”***; llamó la atención de la cirujana plástica y motivó una nueva orden de valoración por Neurocirugía; el 31 de mayo siguiente esta especialidad relacionó el dolor con el trauma sufrido y ordenó resonancia magnética de columna, electromiografía y estudios de neuroconducción, sin disponer examen dirigido a la región pélvica.

1.6 El 1 de junio de 2021 durante un nuevo control por cirugía plástica, se dejó constancia que continuaba el dolor lumbosacro que limitaba la marcha y se presentaba en reposo; el 24 de junio siguiente Neurocirugía registró ***“dolor en cadera”*** y ***“cadera izquierda muy dolorosa con la rotación”***; ordenó resonancia magnética de cadera izquierda, ***“para descartar lesión del labrum o lesión de tejidos blandos.”***

1.7 El 2 de julio de 2021 ante la ausencia de práctica de la ayuda diagnóstica y la persistencia del dolor, ELKIN LEONARDO ROLDÁN VARGAS acudió al servicio de urgencias de la CLÍNICA LAS VEGAS, ***“me duele mucho la cadera”***; se registró, ***marcado dolor en región lumbar y cadera izquierda, por lo cual está en manejo con ncx, el dolor de cadera izquierda es persistente, con limitación de flexo extensión y rotaciones de cadera y columna...***

siempre desde el accidente ha tenido marcha antiálgica por dolor en cadera izquierda."

1.8 Fue diagnosticado inicialmente con **"S324 FRACTURA DEL ACETÁBULO (En Estudio)";** se ordenó TAC, radiografía de pelvis y valoración por ortopedia; las imágenes evidenciaron fractura del acetábulo izquierdo; fue hospitalizado y se dispuso tratamiento quirúrgico, luego de transcurrir 56 días desde el accidente.

1.9 El Ortopedista tratante diagnosticó **"S324 FRACTURA DEL ACETÁBULO...M165 OTRA COXARTROSIS POSTRAUMÁTICA...S300 CONTUSIÓN DE LA REGIÓN LUMBOSACRA Y DE LA PELVIS (En Estudio)...M840 CONSOLIDACIÓN DEFECTUOSA DE FRACTURA";** se trata de una ***"luxofractura inveterada de acetábulo ya con cambios francos de artrosis postraumática, considero que presenta un MUY MAL pronóstico de la articulación, se considera que paciente es candidato a tratamiento quirúrgico, sin embargo en el estadio actual de la artrosis, se duda que sea suficiente la reconstrucción de acetábulo, ya que existe un MUY ELEVADO riesgo de que continúe sintomatología dolorosa de cadera y que requiere de sustitución protésica de cadera."***

1.10 Aunque existían cambios artrósicos y se dudaba que la reconstrucción fuera suficiente, se practicó ***"REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA COMPLEJA EN PELVIS***

(ACETÁBULO REBORDE ANTERIOR)"; se implementó placas de reconstrucción, miniplacas e injerto óseo corticoesponjoso.

1.11 Durante la intervención quirúrgica se encontró ***"fractura parcialmente consolidada...consolidación defectuosa, con 15 mm, con escalón articular...cambios de coxartrosis postraumáticos...nervio ciático atrapado en fibrosis interfragmentaria de la columna posterior...contusión de rotadores de la cadera"***; se documentó gran cantidad de tejido fibrótico, fragmentos parcialmente consolidados, adherencias del nervio ciático, pérdida de las relaciones de los bordes de la fractura y pérdida significativa de tejido óseo corticoesponjoso a nivel supraacetabular.

1.12 El 26 de agosto de 2021 el resultado de la electromiografía reportó, ***"lesión axonal parcial de la rama fibular del nervio ciático izquierdo"*** y ***"lesión axonal del nervio fibular superficial sensitivo izquierdo en el sitio de la herida"***; a partir de las afectaciones de la cadera y el nervio ciático, el paciente continuó padeciendo dolor que se agudizó con el tiempo; fue atendido desde el 22 de abril de 2022 por medicina paliativa en el INSTITUTO COLOMBIANO DEL DOLOR —INCODOL- recibió tratamiento Psicológico y Psiquiátrico.

1.13 La parte demandante atribuyó a la CLÍNICA LAS VEGAS que la fractura de pelvis y acetábulo con la cual ingresó el paciente el 6 de mayo de 2021 sólo fue diagnosticada el 2 de julio siguiente; tardanza que permitió la formación de fibrosis, el atrapamiento del nervio ciático, la consolidación defectuosa de la fractura, la artrosis postraumática y la pérdida de tejido óseo; lesiones no corregidas completamente mediante la intervención quirúrgica.

1.14 El 5 de abril de 2022 el Médico Cirujano JUAN DIEGO ZAPATA SERNA, especialista en Salud Ocupacional, calificó a ELKIN LEONARDO ROLDÁN VARGAS con una pérdida de capacidad laboral del 26,45% derivada de las secuelas permanentes en la cadera izquierda; existió error de diagnóstico porque ***“no se focalizó el examen en la región afectada”***; tratamiento inadecuado debido a la demora de una intervención que debía efectuarse tempranamente y negligencia médica al omitirse una evaluación clínica completa y las pruebas diagnósticas necesarias.

1.15 Según los demandantes, las omisiones médicas consistieron en (i) no practicar durante 56 días exámenes radiológicos sobre la pelvis y la región lumbosacra, pese al diagnóstico inicial de contusión en esas zonas y al dolor persistente; (ii) no prescribir durante ese período una terapéutica dirigida a las lesiones pélvicas; (iii) no solicitar oportunamente valoración por Ortopedia; y (iv) privar al paciente de la posibilidad de recibir una intervención

quirúrgica temprana que evitara la consolidación defectuosa, la fibrosis y el compromiso del nervio ciático.

1.16 Como consecuencia de las secuelas padece dolor permanente, limitación para caminar, permanecer de pie, subir y bajar escaleras, agacharse, vestirse y realizar actividades cotidianas; no continuó desarrollando normalmente su profesión de Ingeniero ni atender la empresa de la cual derivaba sus ingresos; tampoco practicar atletismo, senderismo, jardinería y otras actividades habituales; situación que afectó su autoestima, independencia, proyecto de vida y condiciones de existencia.

1.17 JUAN CAMILO SÁNCHEZ GIL compañero permanente de la víctima, DORA INÉS VARGAS ARANGO su madre y NELSON EDUARDO ROLDÁN VARGAS su hermano, afirmaron sufrir tristeza, aflicción y alteraciones en sus condiciones de vida por las lesiones padecidas por su familiar; el compañero permanente debió asumir las actividades del hogar, la asistencia física y la totalidad de los gastos comunes; la madre y el hermano prestaron apoyo personal y económico durante la recuperación.

1.18 Pretenden se declare civilmente responsable a INVERSIONES MÉDICAS DE ANTIOQUIA SA, propietaria de la IPS CLÍNICA LAS VEGAS, por la atención médica defectuosa brindada a ELKIN LEONARDO ROLDÁN VARGAS desde el 6 de mayo de 2021; como consecuencia, solicitaron condenarla al pago de perjuicios patrimoniales por lucro

cesante consolidado en \$7.803.033 y lucro cesante futuro en \$55.346.788; perjuicios morales por 70 SMLMV para la víctima y su compañero permanente, 60 SMLMV para la madre y 50 SMLMV para el hermano; daño a la vida en relación por 70 SMLMV para la víctima y 70 SMLMV para su compañero; y 40 SMLMV en favor de la víctima por la afectación a la salud, dignidad humana, integridad y libre desarrollo de la personalidad; reclamó medidas de reparación simbólica consistentes en disculpas públicas y garantías de no repetición.

2. CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA

Admitida la demanda¹, se pronunció la parte demandada:

2.1 INVERSIONES MÉDICAS DE ANTIOQUIA SA

Se opuso a las pretensiones; propuso las excepciones:

2.1.1 "AUSENCIA DE CULPA POR PARTE DE INVERSIONES MÉDICAS DE ANTIOQUIA", la responsabilidad civil médica exige acreditar una conducta culposa atribuible al prestador del servicio de salud y el nexo causal con el daño; las atenciones brindadas desde el 6 de mayo de 2021 fueron adecuadas, solícitas, oportunas y coherentes con el cuadro clínico, los hallazgos objetivos y su evolución; fue atendido por Medicina General, Cirugía Plástica, Neurocirugía, Ortopedia y Enfermería; se puso a su disposición exámenes de laboratorio, ayudas

¹ Ver archivo "005AdmiteDemanda".

diagnósticas, interconsultas y demás recursos técnicos y científicos requeridos.

2.1.1 “AUSENCIA DEL NEXO CAUSAL”, la artrosis de la cadera izquierda no tuvo relación causal con las atenciones médicas prestadas; la coxartrosis fue postraumática e inherente a la fractura desplazada de acetábulo sufrida en el accidente de tránsito; la lesión del nervio ciático derivó directamente de esa fractura y no del tiempo transcurrido hasta su diagnóstico; aun de identificarse antes, el tratamiento habría sido igualmente la reducción abierta de la fractura con fijación interna y con los mismos riesgos de resultado.

2.1.3 “INDEBIDA TASACIÓN DE LOS PERJUICIOS”, las cuantías reclamadas son exageradas y desconocen los referentes jurisprudenciales; los procesos de responsabilidad no pueden convertirse en fuente de enriquecimiento y los demandantes deben demostrar la existencia, magnitud e intensidad de cada perjuicio; respecto del daño moral, el parentesco no acredita automáticamente la máxima indemnización, debe demostrarse la intensidad de la relación afectiva entre la víctima y quien reclama.

2.1.4 “INEXISTENCIA DEL LUCRO CESANTE RECLAMADO”, el lucro cesante consolidado y futuro no fue demostrado en su existencia, actualidad y extensión; se liquidó con fundamento en la pérdida de capacidad laboral determinada en abril de 2022, no obstante el 21 de junio de 2023 se practicó al paciente un reemplazo articular mediante prótesis de cadera izquierda;

procedimiento que eliminó el dolor y las limitaciones funcionales y le permitió retomar una vida normal, incluso en el ámbito laboral; el dictamen fue elaborado por un profesional de la medicina que no cuenta con la formación profesional y académica para conocer el alcance de la patología, naturaleza y consecuencia en el futuro.

2.1.5 “AUSENCIA DE DAÑO INDEMNIZABLE”, las secuelas no fueron ocasionadas por un actuar culposos de la CLÍNICA LAS VEGAS; la coxartrosis postraumática fue un efecto de la fractura de acetábulo sufrida en el accidente y la pérdida de capacidad laboral determinada en abril de 2022 dejó de representar un daño actual después del reemplazo articular de cadera realizado el 21 de junio de 2023; intervención tras la cual el paciente presentó buena evolución posoperatoria y pudo continuar con sus actividades cotidianas, laborales, deportivas, sociales e íntimas.

Objetó el juramento estimatorio por inexactitud en la liquidación del lucro cesante consolidado y futuro; se sustentó en una pérdida de capacidad laboral inexistente después del reemplazo articular.

3. LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

3.1 INVERSIONES MÉDICAS DE ANTIOQUIA SA

Con fundamento en la póliza de responsabilidad civil profesional para instituciones médicas No. 12-60184 expedida por CHUBB

SEGUROS COLOMBIA SA, vigente para la época de los hechos y contratada bajo la modalidad *claims made*, solicitó el llamamiento en garantía de la aseguradora para que en el evento de proferirse condena en su contra, le reembolsara total o parcialmente las sumas que debiera pagar como consecuencia de la sentencia, dentro de los amparos, límites, deducibles y demás condiciones pactadas en el contrato de seguro; el llamamiento fue admitido mediante auto del 31 de agosto de 2023.²

4. CONTESTACIÓN AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

4.1 CHUBB SEGUROS COLOMBIA SA

Se opuso a las pretensiones de la demanda y del llamamiento en garantía; frente a la primera formuló las excepciones:

4.1.1 “DILIGENCIA Y CUIDADO: AUSENCIA DE CULPA DE CLÍNICA LAS VEGAS”, la responsabilidad médica se rige por un criterio subjetivo y exige demostrar una conducta culposa contraria a la *lex artis ad hoc*; la atención dispensada a ELKIN LEONARDO ROLDÁN VARGAS fue diligente, oportuna y adecuada al cuadro clínico y su evolución; desde su ingreso se practicaron los exámenes físicos y ayudas diagnósticas, se dispuso la intervención de Medicina General, Cirugía Plástica, Neurocirugía, Ortopedia y se ordenaron los tratamientos correspondientes a los síntomas presentados; el dolor en la cadera fue referido por primera vez el 24 de junio de 2021 y

² Ver archivo C02LlamadoGarantiaChubb “02AdmiteLlamadoEnGarantia”

ante ese nuevo hallazgo, se ordenaron imágenes diagnósticas y valoración especializada; el accidente en bicicleta sufrido por el paciente el 3 de agosto de 2022 desvirtúa las limitaciones físicas derivadas de las atenciones de mayo y junio de 2021; la parte demandante no acreditó negligencia, impericia o apartamiento de los protocolos médicos.

4.1.2 “CAUSA EXTRAÑA: CASO FORTUITO O FUERZA MAYOR”, los daños y secuelas derivaron exclusivamente del accidente de tránsito de alta carga cinética sufrido por el paciente el 6 de mayo de 2021 y no de la atención prestada en la CLÍNICA LAS VEGAS; ese hecho, ajeno a la esfera de actuación de la institución y de la aseguradora, ocasionó las lesiones en la región lumbosacra, mano, pierna, pie y cadera, así como su posterior evolución, configurándose una causa extraña que excluye la responsabilidad.

4.1.3 “AUSENCIA DE NEXO DE CAUSALIDAD”, no existe relación causal entre la conducta atribuida a la CLÍNICA LAS VEGAS y los perjuicios alegados; la prestación del servicio fue diligente, cuidadosa, oportuna y de calidad; las secuelas invocadas tuvieron origen en el accidente de tránsito de alto impacto; no pueden imputarse a la atención médica brindada por la institución asegurada.

4.1.4 “IMPROCEDENCIA DE LA REPARACIÓN DE LOS PERJUICIOS SOLICITADOS”, corresponde a los demandantes acreditar la conducta, el daño y el nexo causal, la existencia, cuantía y extensión de los perjuicios; no hay pruebas que

demostrarán el lucro cesante consolidado y futuro, el daño moral, el perjuicio a la vida de relación, la afectación de bienes constitucionales ni la procedencia de medidas de reparación simbólica; las sumas pretendidas superan los parámetros jurisprudenciales

4.1.5 “EXCESIVA E INDEBIDA SOLICITUD DE PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES Y PATRIMONIALES”, la responsabilidad civil no es fuente de enriquecimiento; el lucro cesante fue calculado con base en ingresos mensuales de \$1.160.000 que no fueron demostrados; las cuantías por daño moral y perjuicio a la vida de relación exceden los criterios fijados por la Corte Suprema de Justicia; el daño a bienes constitucionales no da lugar a una compensación económica sino cuando corresponda a medidas de reparación *in natura*; no se vulneró la dignidad o los derechos fundamentales del paciente.

4.1.6 “IMPROCEDENCIA DE UNA SENTENCIA CONDENATORIA”, no se acreditó los elementos de la responsabilidad civil; una conducta culposa, un daño indemnizable y el nexo causal; subsidiariamente, solicitó que cualquier reconocimiento de perjuicios estuviera precedido de prueba plena y se tasara conforme a los criterios establecidos por la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia.

Respecto del llamamiento en garantía, aceptó la existencia del contrato de seguro de responsabilidad civil profesional para instituciones médicas instrumentado en la póliza No. 12-60184,

celebrado entre INVERSIONES MÉDICAS DE ANTIOQUIA SA, como tomadora - asegurada y CHUBB SEGUROS COLOMBIA SA como aseguradora; reconoció que opera bajo la modalidad *claims made* con fecha de retroactividad del 31 de enero de 2012; del cumplimiento de los requisitos temporales de cobertura, deben concurrir las demás condiciones sustanciales previstas en la póliza para que nazca obligación indemnizatoria a cargo de la aseguradora; solicitó que en caso de prosperar el llamamiento se aplicaran estrictamente los amparos, exclusiones, límites, deducibles, demás estipulaciones del contrato y que cualquier condena se limitara al reembolso de las sumas que el asegurado llegare a pagar y no al pago directo a los demandantes; formuló las excepciones **"INEXISTENCIA DE SINIESTRO BAJO EL AMPARO BÁSICO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS DE LA PÓLIZA 12-60184 POR AUSENCIA DE RESPONSABILIDAD IMPUTABLE A LA CLÍNICA ASEGURADA"**; el seguro ampara la responsabilidad civil derivada de un acto médico erróneo imputable al asegurado; como las atenciones fueron diligentes y no existió conducta culposa de INVERSIONES MÉDICAS DE ANTIOQUIA SA no se realizó el riesgo asegurado ni surgió obligación indemnizatoria a cargo de CHUBB SEGUROS COLOMBIA SA; **"VALORES ASEGURADOS Y DEDUCIBLES APLICABLES PARA LA PÓLIZA No. 12-60184"**, en cuanto la eventual obligación del asegurador se encuentra limitada al valor asegurado, con aplicación del deducible pactado y sujeta a la disponibilidad de la suma asegurada.

5. SENTENCIA DE PRIMERA INSTANCIA

En audiencia del 27 de junio de 2025 el Juzgado Décimo Octavo Civil del Circuito de Medellín, ***“Primero, desestimar las pretensiones de la demanda conforme a las razones expuestas en la parte considerativa de la providencia, sin lugar al estudio de las excepciones de mérito y del llamamiento en garantía. Segundo, sin lugar a imponer condena en costas a cargo de la parte demandante, al encontrarse bajo los efectos del amparo de pobreza. Por ausencia de causa o razón suficiente no hay lugar al estudio del llamamiento en garantía ni a imponer condena en costas a la IPS. Tercero, esta providencia se notifica por estrados a las partes en los términos del artículo 294 del Código General del Proceso.”***

Enmarcó la controversia dentro de la responsabilidad civil médica entendida como una modalidad de responsabilidad profesional de carácter subjetivo y fundada por regla general en la culpa probada; al profesional de la salud le resulta exigible una diligencia especial, ajustada al estado de la ciencia y a las reglas de la *lex artis ad hoc*, sin que la actividad médica pueda equipararse al ejercicio de una actividad peligrosa ni implique una obligación de garantizar la curación del paciente.

Con apoyo en la sentencia de la Sala de Casación Civil del 17 de noviembre de 2011, radicado 1999-00533-01, el Médico no se obliga a curar al enfermo sino a suministrarle cuidados concienzudos, solícitos y acordes con los datos adquiridos por la

ciencia; ante una reclamación indemnizatoria corresponde al paciente demostrar la culpa médica, sin que baste acreditar la ausencia de curación o la producción de un resultado adverso; la responsabilidad puede configurarse por errores de diagnóstico o tratamiento, negligencia, impericia, imprudencia, prescripción de procedimientos inadecuados, agravación del estado del paciente o exposición injustificada a riesgos que no correspondan a sus condiciones clínicas; la institución prestadora de servicios de salud puede concurrir en la obligación indemnizatoria con el profesional tratante porque la prestación asistencial constituye una unidad y no resulta admisible fragmentar o delegar el débito prestacional para atribuirlo exclusivamente al personal médico o de enfermería.

Para la prosperidad de la pretensión de responsabilidad médica contractual o extracontractual, debían acreditarse la existencia de una relación jurídica, un hecho con trascendencia jurídica, una conducta médica culposa, un daño antijurídico y el nexo de causalidad adecuado entre aquella conducta y el resultado dañoso; conforme los artículos 164 y 167 del CGP, corresponde a cada parte demostrar los supuestos de hecho de sus pretensiones y excepciones; las pruebas deben valorarse en conjunto, con sujeción a las reglas de la sana crítica, los principios de la lógica, el sentido común y los conocimientos científicos aplicables al caso.

Al tratarse de un litigio ubicado en un ámbito técnico y científico, el análisis debe apoyarse especialmente en la historia clínica, los testimonios técnicos y los dictámenes periciales; citó

la sentencia SC5186-2020 de la Sala de Casación Civil para señalar que el proceso judicial no puede avalar la **“ciencia basura”**; las explicaciones de los expertos deben guardar correspondencia con el conocimiento reconocido por la comunidad científica; la fiabilidad de la prueba pericial depende de la consistencia, claridad, solidez y validez del método empleado, su aplicación a los hechos y la coherencia lógica entre los fundamentos y las conclusiones; criterios concordantes con el artículo 232 del CGP que impone apreciar el dictamen atendiendo a su solidez, exhaustividad, precisión, calidad, la idoneidad del perito, su comportamiento en audiencia y las demás pruebas.

Definió como problema jurídico establecer si INVERSIONES MÉDICAS DE ANTIOQUIA SA era responsable de los perjuicios patrimoniales y extrapatrimoniales reclamados por ELKIN LEONARDO ROLDÁN VARGAS; los perjuicios extrapatrimoniales invocados por las víctimas indirectas con ocasión de las atenciones médicas dispensadas entre el 6 de mayo y el 5 de julio de 2021.

En cuanto a la relación jurídica tuvo por acreditado que ELKIN LEONARDO ROLDÁN VARGAS sufrió un accidente de tránsito mientras conducía una motocicleta; ingresó al servicio de urgencias de la CLÍNICA LAS VEGAS el 6 de mayo de 2021 a las 5:16 p.m. según la historia clínica, **“Paciente masculino de 40 años, traído por bomberos por accidente de tránsito en calidad de conductor de moto, el día de hoy en horas de la tarde por vía pública en circulación, refiere que en una**

curva otro vehículo lo colisiona de forma lateral izquierda, cinemática de alta energía, ocasionándole caída con trauma contundente en mano izquierda, región lumbosacra, pie y pierna izquierda, presenta dolor de gran intensidad 9 sobre 10, en escala del dolor en región lumbosacra y en pierna izquierda, adicionalmente, presenta herida profunda, abusiva, con defecto de cobertura, consagrado activo y marcada limitación funcional, niega parestesias o pérdida de la fuerza o sensibilidad en miembros inferiores, niega trauma encefalocraneano y otros síntomas”; desde su ingreso hasta el momento del alta recibió atención médica por las lesiones ocasionadas en el accidente; se configuró la relación asistencial sobre la cual se edificó la controversia.

Respecto del hecho con trascendencia jurídica se encontraba relacionado con las atenciones brindadas entre el 6 y el 10 de mayo de 2021 y las valoraciones posteriores originadas en la persistencia del dolor; en el examen inicial se registraron, **“extremidades, mano izquierda con laceración, edema y dolor a la palpación en el quinto dedo, pierna izquierda con herida avulsiva de aproximadamente 5 por 3 centímetros, bordes irregulares, con defecto de cobertura, profunda y con sangrado activo, marcado dolor a la palpación, pie izquierdo con edema y dolor, pulsos distales presentes y simétricos, llenado capilar menor de 2 segundos, dolor a la palpación en región paravertebral a nivel lumbosacro, con laceración superficial, sin**

hematomas, no tolera movimientos, no se evalúa marcha ni lasègue."

Los médicos ordenaron TAC de columna lumbar, radiografías de mano, pie, tibia y peroné izquierdos; analgesia, antibioticoterapia y manejo quirúrgico por cirugía plástica para el cierre de la herida; el TAC lumbosacro reportó herniación intraósea del disco L2-L3 sobre el platillo superior de L3, correspondiente a un nódulo de Schmorl y espondilólisis izquierda de L5 sin espondilolistesis; no mostró fracturas en la zona examinada.

El paciente presentó disminución del dolor después de la intervención quirúrgica del 7 de mayo y fue dado de alta el 10 de mayo de 2021, con indicación de que podía caminar; sin embargo, el 18 de mayo refirió persistencia del dolor lumbosacro y el 31 de mayo, en valoración por Neurología, manifestó dolor radicular en la pierna izquierda y dolor axial en la columna; se ordenaron resonancia magnética lumbar, electromiografía y estudios de neuroconducción; el 1 de junio continuaba con dolor lumbosacro que limitaba la marcha y se presentaba incluso en reposo.

En consulta del 24 de junio de 2021 se dejó constancia **"Paciente con trauma lumbar, con trauma en cadera, dolor intenso con la rotación de la cadera. Se requiere resonancia magnética de cadera izquierda para descartar lesión de la brún o lesión de tejidos blandos. Se requiere acetaminofén con codeína para el manejo del dolor con**

pregabalina 25 mg cada 12 horas. Se cita con resonancia de cadera para ver si hay lesión traumática de la misma. Plan de manejo, resonancia de cadera"; el 2 de julio de 2021 acudió nuevamente al servicio de urgencias por dolor intenso y persistente en la cadera, en la anamnesis se describió, ***"Durante este accidente también presenta trauma lumbar y presenta marcado dolor en región lumbar y cadera izquierda, por lo cual está en manejo con NSX. El dolor de cadera izquierda es persistente, con limitación de flexoextensión y rotaciones de cadera y en columna. Tiene estudios previos de columna lumbar."***

Las nuevas imágenes confirmaron una fractura del acetábulo izquierdo, con compromiso de las paredes anterior y posterior, de la columna posterior, trazo hemitransverso, conminución cortical y fragmentos óseos periacetabulares; se observó una fractura por compresión de la cabeza femoral izquierda. El especialista describió una fractura inveterada, parcialmente consolidada, con desplazamiento significativo en la zona de carga, disminución del espacio coxofemoral, deformidad de la cabeza femoral, quistes subcondrales, subluxación y cambios de artrosis postraumática; se consideró que el pronóstico articular era desfavorable y el paciente requería un tratamiento quirúrgico secuencial primero, la reconstrucción del acetábulo y posteriormente dependiendo de la evolución, una sustitución protésica de la cadera.

La cirugía se realizó el 5 de julio de 2021; se encontraron una fractura parcialmente consolidada, consolidación defectuosa

con desplazamiento de la pared y columna posterior superior a cinco milímetros y escalón articular, cambios de coxartrosis postraumática, atrapamiento del nervio ciático en fibrosis interfragmentaria y contusión de los rotadores de la cadera.

A partir de esa secuencia, el Juzgado identificó como hecho jurídicamente relevante una conducta omisiva relacionada con el diagnóstico; dadas las condiciones del accidente, el mecanismo de alta energía, la caída lateral, el trauma lumbosacro, la intensidad del dolor y la limitación funcional, la realización de estudios complementarios dirigidos a la pelvis y al acetábulo habría permitido detectar más tempranamente la fractura y disponer el manejo correspondiente.

Al examinar la culpa médica, explicó que la *lex artis ad hoc* constituye el criterio para valorar la corrección de un acto médico concreto, teniendo en cuenta las características del profesional, la complejidad del caso, el estado del paciente, los medios asistenciales disponibles y las circunstancias específicas de la atención; la culpa podía manifestarse en forma de impericia, cuando faltaban conocimientos, experiencia o habilidad; negligencia, cuando se omitía realizar aquello que se sabía necesario; o imprudencia, cuando se desplegaba una conducta temeraria pese a la previsibilidad del resultado adverso.

Recordó que los artículos 2, 10, 13, 34 y 36 de la Ley 23 de 1981 imponían al Médico estudiar al paciente con fundamento en el método clínico, dedicarle el tiempo necesario, indicar los

exámenes indispensables para precisar el diagnóstico, utilizar los métodos y medicamentos disponibles y registrar con claridad las condiciones de salud en la historia clínica que debe consignar de forma cronológica, clara, precisa, completa, fidedigna y legible el cuadro clínico, diagnóstico, tratamiento, evolución, medicamentos, estudios complementarios, protocolos y demás actuaciones asistenciales; su elaboración constituye una obligación imperativa y su omisión o diligenciamiento defectuoso puede producir consecuencias disciplinarias y probatorias en los procesos de responsabilidad civil.

La imputación efectuada por los demandantes consistía en un error de diagnóstico, porque la fractura acetabular no fue detectada durante las atenciones comprendidas entre el 6 y el 10 de mayo de 2021 sino el 2 de julio siguiente, 56 días después del accidente; la demora habría ocasionado fibrosis, atrapamiento del nervio ciático, consolidación defectuosa de la fractura, pérdida del tejido óseo corticoesponjoso del acetábulo y cambios artrósicos que no pudieron revertirse con la cirugía del 5 de julio.

El Juzgado consideró que el transcurso de 56 días no permitía deducir automáticamente la culpa, pero encontró que existían elementos clínicos que exigían ampliar el estudio diagnóstico; el paciente había sufrido un accidente de tránsito como motociclista, con cinemática de alta energía, caída lateral, trauma lumbosacro y dolor de intensidad 9/10; no toleraba los movimientos y no fue posible evaluar la marcha ni practicar la maniobra de Lasègue; aunque el TAC lumbosacro descartó

fracturas en la estructura anatómica examinada, el dolor persistió e irradiaba hacia el miembro inferior izquierdo, sin que en las atenciones iniciales se ordenaran exámenes dirigidos a la pelvis o a la cadera.

Acudió a las guías de atención médica expedidas por el Ministerio de la Protección Social en 2009, según las cuales, ante un paciente politraumatizado por accidente de tránsito en motocicleta y con un mecanismo de alta energía, debían considerarse, entre otros diagnósticos, las fracturas de columna cervical, contusión miocárdica, neumotórax, ruptura de la aorta, lesiones hepáticas o esplénicas y fracturas de pelvis o acetábulo; para identificar estas últimas resultaba indicada la radiografía anteroposterior de pelvis complementada con proyecciones oblicuas, aptas para establecer el tipo de fractura y su desplazamiento.

Las guías clínicas no eran obligatorias en sentido estricto, pero constituían recomendaciones sustentadas en evidencia científica y experiencia acumulada, útiles para orientar la labor médica, reducir variaciones injustificadas, optimizar los recursos y garantizar tratamientos seguros y eficaces; resultaban relevantes como parámetro de comparación dentro del juicio de la *lex artis*.

Concluyó que un profesional situado en las mismas condiciones de tiempo, modo y lugar debía sospechar no sólo una lesión lumbosacra sino de fractura de pelvis o acetábulo; la entidad disponía de los medios y de la tecnología necesarios para

practicar estudios de la región lumbosacra, la pelvis y la cadera; pero, el enfoque clínico se concentró en la columna lumbosacra y después de que el TAC descartó una fractura en esa zona, se mantuvo una conducta pasiva pese a la persistencia del dolor intenso irradiado hacia la extremidad inferior izquierda; declaró demostrado la culpa, por la omisión de diagnosticar oportunamente la fractura acetabular.

Luego, el análisis se concentró en el nexo causal; con fundamento en la sentencia SC072-2025 de la Sala de Casación Civil, explicó que el vínculo causal es la relación entre el hecho contrario a derecho y el daño, de manera que aquel sea su causa directa o adecuada; en materia médica no basta acreditar una conducta culposa; debe demostrarse que esta produjo el resultado perjudicial; para ello debían atenderse las reglas de la experiencia, la lógica de lo razonable, el curso ordinario de los acontecimientos y la idoneidad de la conducta para ocasionar el daño.

En caso de insuficiencia de la causalidad adecuada, podían utilizarse criterios como la *res ipsa loquitur*, la culpa virtual, el resultado desproporcionado o la pérdida de oportunidad; esta última, no necesariamente como daño autónomo, sino como criterio causal cuando concurrían varias causas y ninguna podía calificarse con certeza como adecuada, no obstante, tales herramientas tenían aplicación restringida a supuestos de incertidumbre causal insuperable.

Definió el problema causal en establecer si la demora de 56 días en diagnosticar la fractura acetabular fue la causa adecuada de la fibrosis, el atrapamiento del nervio ciático, la consolidación defectuosa de la fractura, la pérdida de tejido óseo del acetábulo, la coxartrosis y las demás secuelas alegadas.

Valoró el dictamen pericial aportado por la parte demandante; el experto concluyó que la omisión de diagnosticar oportunamente la fractura excluía la diligencia y cuidado exigibles y de cumplirse los deberes médico-asistenciales, las consecuencias para el paciente habrían sido diferentes; consideró que el informe se concentró en establecer la conducta culposa y no explicó con claridad cómo el transcurso del tiempo produjo, de manera autónoma e independiente, los hallazgos encontrados en la cirugía del 5 de julio.

Aunque el perito mencionó que la demora podía generar una lesión inveterada, pseudoartrosis, falta de unión, consolidación viciosa y dolor crónico, no precisó si esas complicaciones se encontraban presentes en el paciente; no identificó los signos y síntomas de la historia clínica que permitieran confirmarlas ni explicó cómo podían diferenciarse de las consecuencias propias de la fractura ocasionada por el accidente; concluyó que ese dictamen no demostraba el nexo causal.

El dictamen rendido por CLARA INÉS TRUJILLO, Ortopedista y Traumatóloga, explicó que la fractura del acetábulo por su gravedad y por el compromiso concomitante de la cabeza femoral, era apta por sí misma para generar artrosis

postraumática, lesión del nervio ciático y la posterior necesidad de una prótesis de cadera; aunque admitió que el transcurso del tiempo favoreció la formación de callo óseo y fibrosis, hizo más compleja la cirugía y pudo prolongar la recuperación; precisó que la lesión neurológica probablemente se produjo desde el accidente y que no era posible afirmar que una intervención temprana hubiera evitado el reemplazo articular practicado en 2023; la reconstrucción inicial del acetábulo, por el contrario, facilitó la implantación posterior de la prótesis.

Los testimonios técnicos sostuvieron que se trató de una fractura grave y compleja, cuyo daño sobre el cartilago y el hueso podía conducir a artrosis aun con una reducción temprana y adecuada; la demora incidió principalmente en una rehabilitación más prolongada y dificultosa; después de las primeras semanas, la consolidación ósea podía complicar la reducción anatómica, aunque el resultado dependía del tipo y complejidad de la fractura y no atribuyó directamente las secuelas a la tardanza diagnóstica; estas lesiones, producidas por traumatismos de alta energía, eran poco frecuentes, complejas y podían pasar inadvertidas inicialmente, sin establecer que las afectaciones concretas del paciente fueran consecuencia de la demora imputada a la CLÍNICA LAS VEGAS.

A partir de la valoración conjunta de esas pruebas, el Juzgado concluyó que la fractura acetabular y de la cabeza femoral eran graves para explicar la artrosis, la fibrosis, la lesión neurológica, las limitaciones funcionales y la necesidad de una prótesis, sin que existiera prueba científica que permitiera atribuir esas

secuelas a la tardanza en el diagnóstico; la historia clínica posterior tampoco registraba complicaciones directamente asociadas a la no práctica de la cirugía durante las primeras tres semanas; aunque tuvo por acreditada la culpa médica por la omisión de diagnosticar oportunamente la fractura, no se demostró el nexo causal entre esa conducta y los perjuicios reclamados; desestimó las pretensiones, hizo innecesario estudiar el daño, su cuantificación y relevó al despacho de pronunciarse sobre las excepciones de mérito y el llamamiento en garantía; no impuso costas porque la parte demandante estaba amparada por pobreza.

6. APELACIÓN

6.1 ELKIN LEONARDO ROLDÁN VARGAS Y OTROS

6.1.1 “VIOLACIÓN INDIRECTA DE LA LEY SUSTANCIAL COMO CONSECUENCIA DE UN ERROR DE HECHO MANIFIESTO Y TRASCENDENTE EN LA APRECIACIÓN DE LAS PRUEBAS RESPECTO DEL NEXO DE CAUSALIDAD”, el Juzgado acertó al tener por demostradas la relación jurídica, el hecho con trascendencia y la culpa médica derivada del error de diagnóstico de la fractura acetabular; erró al concluir que no se acreditó el nexo causal entre esa omisión y los daños reclamados, porque exigió una prueba científica con un **“alto grado de probabilidad”**, desconociendo que en materia de responsabilidad médica y particularmente frente a conductas omisivas, la causalidad puede acreditarse mediante inferencias, indicios y un juicio de probabilidad prevalente, sin requerir

certeza absoluta; invocó las sentencias SC13925-2016, SC3348-2020 y SC562-2020 de la Corte Suprema de Justicia y T-373 de 2025 de la Corte Constitucional.

La falta de diagnóstico de la fractura del acetábulo durante los 56 días siguientes al accidente impidió intervenir al paciente dentro de las primeras tres semanas, período recomendado por la literatura médica; esa demora permitió que la fractura consolidara de manera viciosa, perdió congruencia y posición anatómica, hizo más compleja su reducción quirúrgica y disminuyó las posibilidades de recuperación; circunstancias que sustentó en las declaraciones de JUAN DIEGO ZAPATA SERNA, CAMILO ANDRÉS CABEZAS AZUERO y CLARA INÉS TRUJILLO GONZÁLEZ; dichos profesionales reconocieron que las fracturas acetabulares operadas tempranamente ofrecen mejores posibilidades de reducción anatómica y que una consolidación defectuosa puede producir artrosis y terminar en una artroplastia.

La indicación médica consignada el 10 de mayo de 2021 según la cual el paciente ***“puede caminar”***, como la posterior realización de fisioterapia, agravaron la lesión; la fractura inicialmente no habría estado desplazada y al permitir el apoyo de la extremidad, la cabeza femoral ejerció presión sobre la pared posterior fracturada del acetábulo hasta generar desplazamiento, pérdida de congruencia y penetración hacia la cavidad pélvica; apoyó esa tesis en JUAN DIEGO ZAPATA SERNA, quien señaló que ***“la cabeza del fémur casi que estaba metida en la pelvis”***; CLARA INÉS TRUJILLO

GONZÁLEZ, explicó que una fractura no desplazada puede desplazarse por el apoyo; y CAMILO ANDRÉS CABEZAS AZUERO, indicó que la carga sobre la extremidad puede producir mayor desplazamiento y hacer más compleja la reducción.

Atribuyó a esa evolución la lesión del nervio ciático; no existe prueba que hubiera resultado lesionado directamente en el accidente, su afectación surgió posteriormente por dos mecanismos relacionados con la conducta médica; el desplazamiento de la fractura con aproximación de la cabeza femoral a las estructuras neurológicas y el atrapamiento del nervio dentro del tejido fibrótico formado alrededor de la lesión; durante la cirugía del 5 de julio de 2021 se encontró fibrosis que incluía tejidos blandos y el nervio ciático; CLARA INÉS TRUJILLO GONZÁLEZ admitió que tal vez la fibrosis alrededor del nervio podía haberse evitado con una intervención dentro de las primeras tres semanas.

El desplazamiento y la pérdida de congruencia articular incrementaron el daño del cartílago acetabular y agravaron la artrosis postraumática; la evolución progresiva de esas alteraciones habría conducido finalmente al reemplazo total de la cadera izquierda; la prótesis constituye la última alternativa terapéutica y tiene una vida útil limitada, por lo que el paciente podría requerir nuevas intervenciones quirúrgicas.

Debía establecerse una correlación lógica entre la omisión diagnóstica y las consecuencias posteriores; diagnóstico tardío,

consolidación viciosa, desplazamiento, mayor dificultad quirúrgica, alteración anatómica, fibrosis, compromiso del nervio ciático, agravamiento de la artrosis y necesidad de reemplazo total de cadera; aun cuando no fuera posible determinar matemáticamente la contribución causal de cada conducta, la clínica incrementó el riesgo y privó al paciente de la oportunidad de una recuperación más satisfactoria, circunstancia suficiente para estructurar el nexo causal bajo un estándar de probabilidad prevalente.

6.1.2 “AUSENCIA DE APLICACIÓN EN LA SENTENCIA DE UN ENFOQUE DE GÉNERO Y ENFOQUE DIFERENCIAL POR DISCAPACIDAD EN FAVOR DE LA VÍCTIMA DIRECTA”, el Juzgado omitió incorporar una perspectiva diferencial en la valoración probatoria pese a que ELKIN LEONARDO ROLDÁN VARGAS pertenece a dos grupos que ameritan especial protección constitucional; desde la demanda se informó su relación sentimental y convivencia en unión marital de hecho con JUAN CAMILO SÁNCHEZ GIL, circunstancia corroborada mediante declaraciones extrajuicio y los interrogatorios de parte; su orientación sexual diversa imponía aplicar un enfoque de género en la administración de justicia.

ELKIN LEONARDO ROLDÁN VARGAS presenta una pérdida de capacidad laboral del 26,45%, atribuida en la demanda a las consecuencias de la atención médica cuestionada; persona en condición de discapacidad conforme a la Ley 1618 de 2013 y la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad; de la concurrencia de ambas condiciones derivó

que el Juzgado debía flexibilizar la carga probatoria, acudir con mayor amplitud a indicios, presunciones y reglas de experiencia y efectuar la valoración del nexo causal desde una perspectiva de igualdad material; solicitó revocar la sentencia y acceder a las pretensiones de la demanda.

7. PROBLEMAS JURÍDICOS A RESOLVER

¿Se acreditó el nexo de causalidad como elemento axiológico de la responsabilidad civil médica?

¿Enfoque diferencial por género y discapacidad?

8. CONSIDERACIONES

8.1 ¿Nexo causal como elemento axiológico de la responsabilidad médica?

La responsabilidad médica está compuesta por los elementos de la acción resarcitoria, por cuanto se encuentra soportada en idénticos presupuestos; cuando se ha infligido daño a una persona nace el deber indemnizatorio.

Los involucrados en la prestación del servicio de salud no están exentos de dicho compromiso; si en desarrollo de su actividad sea por negligencia, impericia, imprudencia o violación a su reglamentación, afecta negativamente a los pacientes, debe indemnizarlos siempre y cuando se acredite por la víctima los elementos axiológicos de la responsabilidad médica.

Para derivar responsabilidad civil de los médicos o de las instituciones o entidades prestadoras de servicios de salud, el demandante debe probar (i) culpa médica, manifestada en el desconocimiento de los protocolos médicos o *lex artis* (no sometidos a modelos prefigurados); (ii) daño; y (iii) que el daño fue causado por ese desconocimiento o culpa médica (nexo de causalidad).

El nexo causal, como condición necesaria para la configuración de la responsabilidad puede ser develado en términos que la Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia³, en ***“las reglas de la vida, el sentido común y la lógica de lo razonable, pues estos criterios permiten particularizar, de los antecedentes y condiciones que confluyen a la producción de un resultado, cuál de ellos tiene la categoría de causa.”***

Para tal fin, ***“debe realizarse una prognosis que dé cuenta de los varios antecedentes que hipotéticamente son causas, de modo que con la aplicación de las reglas de la experiencia y del sentido de razonabilidad a que se aludió, se excluyan aquellos antecedentes que sólo coadyuvan al resultado pero que no son idóneos per se para producirlos, y se detecte aquél o aquellos que tienen esa aptitud”*** (SC, 15 en. 2008, rad. 2000-673-00-01; en el mismo sentido SC, 6 sep. 2011, rad. 2002-00445-01).

En la búsqueda del nexo causal entre el hecho dañoso las secuelas osteoarticulares y neurológicas padecidas por ELKIN

³ SC3919-2021 Radicación n° 66682-31-03-003-2012-00247-01 Magistrado ponente AROLDO WILSON QUIROZ MONSALVO

LEONARDO ROLDÁN VARGAS, incluida la artrosis postraumática, la afectación del nervio ciático, la posterior necesidad de reemplazo total de cadera y la culpa o error médico (que hipotéticamente la produjo), concurren elementos fácticos o materiales y jurídicos; resultando indefectible la prueba material para lograr una condena de responsabilidad civil médica que conduzca a la indemnización por perjuicios.

En sentencia SC3919-2021 la Corte expresó, ***“El aspecto material se conoce como el juicio sine qua non y su objetivo es determinar los hechos o actuaciones que probablemente tuvieron injerencia en la producción del daño, por cuanto de faltar no sería posible su materialización. Para estos fines, se revisa el contexto material del suceso, analizado de forma retrospectiva, para establecer las causas y excluir aquellas que no guardan conexión, en términos de razonabilidad. Con posterioridad se hace la evaluación jurídica, con el fin de atribuir sentido legal a cada gestión, a partir de un actuar propio o ajeno, donde se hará la ponderación del tipo de conexión y su cercanía.”***

Siendo coherente con jurisprudencia de la Sala Civil que en sentencia SC13925 de 24 de agosto de 2016, ***“Aun cuando el hecho causa y el hecho resultado pertenecen al mundo de la realidad natural, el proceso causal va a ser en definitiva estimado de consuno con una norma positiva dotada de un juicio de valor, que servirá de parámetro para mensurar jurídicamente ese encadenamiento de sucesos. Para la debida comprensión del problema, ambos***

niveles no deben confundirse. De este modo, las consecuencias de un hecho no serán las mismas desde el punto de vista empírico que con relación al área de la juridicidad. En el iter del suceder causal el plexo jurídico sólo toma en cuenta aquellos efectos que conceptúa relevantes en cuanto pueden ser objeto de atribución normativa, de conformidad con las pautas predeterminadas legalmente, desinteresándose de los demás eslabones de la cadena de hechos que no por ello dejan de tener, en el plexo ontológico, la calidad de ‘consecuencias.’”⁴

Así, debe examinarse el testimonio técnico de ELIZABETH AVENDAÑO ARANGO, Médica General que atendió a ELKIN LEONARDO ROLDÁN VARGAS durante la noche del 6 de mayo de 2021 en el servicio de urgencias de la CLÍNICA LAS VEGAS; es relevante por ser la profesional que tuvo conocimiento personal e inmediato de las condiciones clínicas que presentó el paciente durante la atención inicial; laboró como Médica de Urgencias de la institución y explicó que recibió al paciente después de la entrega de turno de la profesional que había dispuesto los primeros estudios diagnósticos; al referirse espontáneamente a la atención que brindó, ***“Yo recibo al señor quien sufre un accidente de tránsito de alta energía como conductor de motocicleta. Este sufre trauma en la parte lumbar, en región lumbar, en el dedo de una mano y en la pierna izquierda. Cuando yo lo evaluó, ya tiene unas imágenes diagnósticas que fueron previamente solicitadas.***

⁴ Goldemberg, La relación de causalidad en la responsabilidad civil, Ed. Astrea, Buenos Aires, 2011, p. 8

Estas son un TAC de columna lumbar, lumbosacra, unas radiografías de la mano, de la tibia y de la pierna. En ese momento, entonces, se consideró que el paciente tenía un trauma de tejidos blandos en la pierna, por lo cual cirugía plástica lo estaba valorando y en la tomografía de la columna se evidenció unas espondilólisis como unas lesiones en la columna lumbar, por lo que yo solicité que lo valorara neurocirugía por la persistencia del dolor. Digamos que hasta ahí, esa es la atención que tuve yo directamente con el señor.”⁵

El accidente fue considerado de alta energía por tratarse de la colisión de un vehículo contra una motocicleta y por la entidad de las lesiones que presentó el paciente; respecto del examen físico explicó que ELKIN LEONARDO refería principalmente dolor en la región lumbosacra, sin deformidad evidente; al indagársele específicamente por el diagnóstico inicial ***“S300 – contusión de la región lumbosacra y de la pelvis”***, aclaró que se trataba de una codificación CIE-10 utilizada para registrar el diagnóstico clínico, pero que la conducta médica debía orientarse por los signos, síntomas y hallazgos concretamente encontrados en el paciente, no por la sola denominación administrativa del código, ***“Ese resultado es, ese es el resultado de un diagnóstico clínico, pero a la vez, digamos que ese uso de esos códigos y esos diagnósticos también es administrativo. Sí, o sea, es el resultado de lo que yo encontré en mi examen físico, pero, pues, que sea***

⁵ Ver archivo audiovisual “053Audiencia5” min. 00:12:16.

S300 o M38, hace parte simplemente de una guía administrativa.”⁶

Preguntada acerca de si los Médicos fundamentaban la terapéutica en esa codificación o en el estado real del paciente respondió, **“Nos guiamos en lo que vemos en el paciente, como explicaba ahorita, ese simplemente es el resultado, digamos, ese CIE-10 es el resultado de lo que ya hicimos o de lo que ya encontramos en el paciente. Y de acuerdo a mi paciente es que yo voy a llevarlo a una serie de estudios y de tratamientos.”⁷**

Esta precisión es relevante porque el demandante atribuye en la demanda⁸ especial significado al hecho que desde el ingreso apareciera consignada la palabra **“pelvis”** en el código S300; la Médica diferenció la región lumbar de la pelvis y explicó que el diagnóstico codificado no significaba, por sí solo, que existiera clínicamente una sospecha de fractura acetabular; **“La zona lumbar y la pelvis son zonas anatómicas diferentes. La zona lumbar hace parte de la columna lumbar, ¿Sí? Y la pelvis hace parte, pues, como de, eh, digamos, eh, la parte, pues, como de la que llamamos, ¿Sí? Y eso está, pues, como, eh, en la parte proximal del fémur y, y lo que tocamos acá, que son las espinas ciliaques. Pero la zona lumbar es la parte de la, digamos, como les mencioné ahorita, la espalda baja, o la parte lumbar, que es la columna.”⁹**

⁶ Ver archivo audiovisual “053Audiencia5” min. 00:27:28.

⁷ Ver archivo audiovisual “053Audiencia5” min. 00:29:07.

⁸ Ver archivo “003EscritoDda”.

⁹ Ver archivo audiovisual “053Audiencia5” min. 00:29:51.

Cuando se le preguntó si durante su valoración había encontrado algún signo o síntoma localizado en la pelvis, **"No, en ningún momento se trabajó a nivel de la pelvis. Dolores a nivel lumbar."**¹⁰

Ante la pregunta acerca de si el paciente le había referido dolor en esa región, **"No, el paciente durante la valoración no refirió dolor a nivel de la pelvis."**¹¹

La Médica explicó que los estudios ordenados inicialmente — TAC de columna lumbosacra, radiografías de mano, pie, tibia y peroné— correspondían a las zonas donde el paciente exteriorizaba dolor o donde se habían evidenciado signos traumáticos; por ello consideró adecuados los exámenes practicados en ese momento; **"Sí, me pareció muy pertinente porque fueron dirigidos a las zonas de dolor que refería el paciente."**¹²

Destacó que por la intensidad del dolor lumbar y por tratarse de un accidente de alta energía, no se solicitó inicialmente una radiografía simple de columna sino una tomografía, estudio que calificó como idóneo para valorar compromiso óseo; **"Me pareció muy objetivo haberle solicitado ese estudio, ya que se mencionó al inicio, al ser un accidente de alta energía, pues requerimos ver que en realidad no haya ningún compromiso a nivel de esa zona y pues era idóneo solicitar esa tomografía."**¹³

¹⁰ Ver archivo audiovisual "053Audiencia5" min. 00:33:52.

¹¹ Ver archivo audiovisual "053Audiencia5" min. 00:34:30.

¹² Ver archivo audiovisual "053Audiencia5" min. 00:36:05.

¹³ Ver archivo audiovisual "053Audiencia5" min. 00:39:22.

Explicó que el TAC descartó fractura lumbar y que en las imágenes se alcanzaba a observar parte de la pelvis; no obstante, en ese momento el paciente presentaba dolor lumbar irradiado al miembro inferior izquierdo, cuadro que clínicamente podía relacionarse con los hallazgos de columna y justificó solicitar valoración por Neurocirugía; ***“Sí, lo que ocurre es que en él no se encontró fractura, pero digamos que fractura no es lo único que nos hace preocupar en la columna. La hernia es, digamos, tiene también cierta importancia y mucha gravedad, sí, que es lo que les explicaba que las dos vértebras y acá tengo como una protrusión de ese núcleo culposo que se llama, o pues el nervio, pues por decirlo así, el tronco nervioso. Entonces, al comprimirlo me genera un dolor que es lo que las personas suelen llamar la ciática, sí, que puede generarse por esa compresión que tiene ahí, pues, como las vértebras. Entonces, en ese momento, la irradiación del dolor se consideró secundaria a esos hallazgos de la columna de la hernia y se le solicitó la valoración por el especialista.”***¹⁴

Frente a los signos clínicos que ordinariamente permiten sospechar una fractura pélvica o de cadera, indicó que debían considerarse el dolor localizado, la deformidad, la limitación funcional, el acortamiento y la posición o rotación anormal de la extremidad; ***“Ok, entonces, como les dije, la palpación es muy importante para evaluar la pelvis, entonces, digamos que en la cadera, esta es la pelvis, la cadera es esta***

¹⁴ Ver archivo audiovisual “053Audiencia5” min. 00:59:20.

articulación que hay del fémur con la pelvis, entonces, eso lo que nos ayuda es hacer rotación de la extremidad, movimiento y también acortamiento en las piernas, entonces, es como se evalúa eso clínicamente más que todo.”¹⁵

“No, en ningún momento se sospechó fractura de pelvis, de hecho, pues en la historia se observa que dicen que tiene unas laceraciones lumbares con dolor a la palpación lumbar, pero no pelvis.”¹⁶

Fue interrogada acerca de si a partir de los signos, síntomas y estudios disponibles el 6 de mayo de 2021 era posible establecer el diagnóstico de fractura acetabular; ***“No se consideró porque no se encontraron hallazgos a ese nivel, o sea, no hubo hallazgos clínicos que me hicieran pensar que tuviera una fractura de cadera o acetabular, sino que todo el tiempo el enfoque fue lumbar por la intensidad del dolor que el paciente refería.”¹⁷***

El Juzgado profundizó en las posibilidades de realizar maniobras específicas sobre la cadera dadas las lesiones que presentaba el paciente en la extremidad inferior izquierda; explicó que la herida de la pierna dificultaba una movilización completa, aunque ello no significaba que la evaluación hubiera sido inexistente; Juzgado, ***“¿Estaba en condiciones de realizársele al referido caballero un examen clínico de***

¹⁵ Ver archivo audiovisual “053Audiencia5” min. 00:51:53.

¹⁶ Ver archivo audiovisual “053Audiencia5” min. 00:52:44.

¹⁷ Ver archivo audiovisual “053Audiencia5” min. 00:54:49.

rotación de la extremidad izquierda para verificar una fractura de cadera? Dra. ELIZABETH AVENDAÑO: “Doctor, era mucho más complejo por las lesiones que tenía el paciente y por lo que digamos que el dolor que tenía en esa parte también era muy limitante...Obviamente no se podían hacer digamos maniobras de rotación completa de la cadera, pues por obvias razones. Sin embargo, pues digamos que clínicamente uno podía mirar si había deformidad.”¹⁸

La parte demandante insistió en ese punto; la Médica aclaró que una sospecha de fractura de cadera no depende exclusivamente de provocar manualmente la rotación; existen signos apreciables mediante la inspección, **“La rotación de la extremidad por fractura de cadera se rota sola, yo no tengo que moverla, la posición del paciente al estar acostado en la camilla, se le observa, esto son las piernas o toda la extremidad, y le rota solita, la posición sola se rota. Eso es una posición que nosotros a la inspección, es decir, al observar, vemos sin necesidad de movilizar la pierna, sin generar ningún movimiento.”¹⁹**

Explicó que la maniobra activa constituía apenas uno de los componentes del examen, **“La maniobra se refiere a que yo intento movilizar la cadera y que haya imposibilidad para moverla. Si bien el paciente está con dolor y con esa herida y no voy a intentar moverlo, yo puedo observar**

¹⁸ Ver archivo audiovisual “053Audiencia5” min. 00:55:51.

¹⁹ Ver archivo audiovisual “053Audiencia5” min. 01:17:56.

signos clínicos que me hagan pensar que tenga la fractura...que en este caso no fue así en el momento.”²⁰

Preguntada sobre qué hizo respecto de la pelvis, ***“Yo no lo intenté movilizar, pero sí a la observación se vio que no había ninguna anomalía adicional a que el paciente no me refirió dolor en esa zona. El paciente no localizó dolor en esa zona de la pelvis.”²¹***

Y frente a la afirmación del apoderado según la cual la evaluación habría sido ***“a ojo clínico”, “Eso no es ojo clínico, eso es una inspección. Eso hace parte del examen físico del médico. Entonces es como, como te explico, como yo ir, verte la cara y ver que tienes un párpado caído. Eso no lo produce una maniobra, es algo que el médico está viendo y que está viendo que tiene una parálisis de un par craneal. Asimismo ocurre con la pierna. Al no tener un sostén, la pierna se rota sola. Es un signo clínico de fracturas, no es ojo clínico. APODERADO DEMANDANTE: O sea, doctora que, ¿usted basó el análisis de la pelvis en lo que vio exclusivamente? Dra. ELIZABETH AVENDAÑO: No, no. Lo basé en que no hubo dolor, en que el paciente no refirió dolor en esa zona, en que no había signos de trauma en esa zona de la pelvis. Sí, en que el dolor del paciente era a nivel lumbar, no pélvico. Y los signos de trauma del paciente eran a nivel lumbar, no pélvico.”²²***

²⁰ Ver archivo audiovisual “053Audiencia5” min. 01:19:22.

²¹ Ver archivo audiovisual “053Audiencia5” min. 01:19:57.

²² Ver archivo audiovisual “053Audiencia5” min. 01:20:23.

El testimonio contiene un elemento que debe ser considerado de manera conjunta con el haz probatorio; la profesional asintió que de existir signos de compromiso de la pelvis, un Médico General podía ordenar directamente las ayudas diagnósticas correspondientes; ***“APODERADO DEMANDANTE: Si se hubiese advertido por alguna razón algo en la pelvis, ¿un médico general entonces hubiese podido ordenar alguna ayuda diagnóstica sobre la pelvis? Dra. ELIZABETH AVENDAÑO: En ese caso, sí señor, claro que sí.”***²³

Al preguntársele cuál era la conducta ante una sospecha de fractura de cadera, ***“En caso de un paciente en el que se sospeche ese compromiso o esa fractura, se solicita una radiografía de pelvis o, en su efecto, una tomografía de pelvis.”***²⁴

Reconoció que ante dolor localizado en la cadera ese síntoma justificaría sospechar una lesión y orientar el estudio hacia aquella región; ***“APODERADO DEMANDANTE: Ante el dolor habría que sospechar una lesión en la cadera. Dra. ELIZABETH AVENDAÑO: Claro. Si mi paciente me refiere un dolor en el dedo, como lo refirió, yo sospecho que puede haber algo ahí. Por eso le pido la radiografía.”***²⁵

De la declaración de ELIZABETH AVENDAÑO no puede extraerse que la fractura acetabular fuera clínicamente evidente para ella durante la atención del 6 de mayo de 2021; el cuadro

²³ Ver archivo audiovisual “053Audiencia5” min. 01:10:56.

²⁴ Ver archivo audiovisual “053Audiencia5” min. 01:33:53.

²⁵ Ver archivo audiovisual “053Audiencia5” min. 02:09:07.

que personalmente observó estuvo dominado por dolor lumbosacro irradiado a la extremidad inferior izquierda, sin dolor pélvico referido, sin deformidad, sin acortamiento ni rotación espontánea de la extremidad que permitieran sospechar una fractura de cadera; sobre esa información se dirigieron las ayudas diagnósticas hacia las regiones sintomáticas y ante la persistencia del dolor y los hallazgos lumbares, solicitó valoración por Neurocirugía.

No resultando posible utilizar este testimonio para resolver la controversia sobre si la fractura debió ser diagnosticada en el conjunto de las atenciones comprendidas entre el 6 y el 10 de mayo de 2021; la testigo técnica limitó su conocimiento a una sola atención durante la noche del 6 de mayo y el Juzgado impidió que se pronunciara sobre hallazgos clínicos registrados por otros profesionales en fechas posteriores, porque ello habría convertido su declaración en una opinión pericial sobre actuaciones que no presenció.

Su testimonio permite reconstruir y valorar la atención que personalmente dispensó el 6 de mayo de 2021, pero el alcance de la eventual omisión diagnóstica y sus consecuencias causales habrá de establecerse a partir de la restante prueba técnica y pericial practicada en el proceso.

En el testimonio técnico rendido por CAMILO ANDRÉS CABEZAS AZUERO manifestó ser Médico egresado de la UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA, Especialista en Ortopedia desde 2018 y para el momento de la audiencia,

encontrarse realizando entrenamiento avanzado en Artroscopia de Hombro, Cadera, Rodilla y Terapias Biológicas; laboraba en la CLÍNICA LAS VEGAS atendiendo urgencias, realizando procedimientos quirúrgicos y consulta externa.

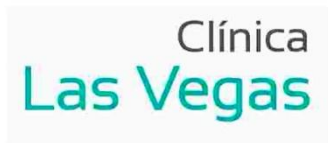
A diferencia de la Dra. ELIZABETH AVENDAÑO, el Dr. CABEZAS AZUERO no intervino en la atención inicial del 6 de mayo de 2021; su conocimiento del caso se produjo el 2 de julio de 2021 cuando ELKIN LEONARDO ROLDÁN VARGAS consultó al servicio de urgencias por dolor en la cadera izquierda; ***“Sí, yo conocí al paciente Elkin, paciente que llegó al servicio de urgencias el 2 de julio del 2023. Él había presentado un traumatismo, politrauma, el 6 de mayo de ese mismo año y cuando yo lo veo es porque el paciente acudió nuevamente a urgencias porque le estaba doliendo la cadera izquierda. Ese fue el motivo de consulta de ese día y ahí le hicimos, se le hicieron pues los estudios correspondientes a su dolor de la cadera y fue cuando se identificó la fractura del acetábulo izquierdo. En ese momento cuando se valoró, el objetivo mío principalmente fue remitirme al especialista en pelvis dado que esa fractura era de manejo quirúrgico y se hospitalizó.”***²⁶

Según la historia clínica que revisó, antes de esa consulta no existía un estudio dirigido específicamente a la pelvis o al acetábulo que hubiese permitido establecer la lesión y ante el dolor localizado en la cadera, se solicitaron radiografía y tomografía de pelvis; ***“El paciente cuando ingresó al servicio***

²⁶ Ver archivo audiovisual “054Audiencia6” min. 00:12:26.

de urgencias el 2 de julio llegó por un dolor a nivel de la cadera izquierda posterior a un politrauma que había tenido. En lo que yo leo en la historia no había ningún examen o ningún conocimiento de que tuviera alguna lesión a nivel de la pelvis, del acetábulo como tal. Cuando lo ven en urgencias ellos pues me comunican y lo que hacemos es solicitar los estudios de extensión para ese tipo de dolor específico, que fue una radiografía de pelvis y una tomografía de pelvis y ahí es donde se hace el diagnóstico de la fractura del acetábulo izquierdo.”²⁷

El testimonio es concordante con la historia clínica del 2 de julio de 2021 en la cual se registró que el paciente consultó, **“me duele mucho la cadera.”**



IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE	
Tipo y número de identificación: CC 71224711	
Paciente: ELKIN LEONARDO ROLDAN VARGAS	
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 21/11/1980	
Edad y género: 40 Años, Masculino	
Identificador único: 1104738-7	Responsable: EPS Y MP SURA POLIZA

Página 1 de 23

NOTAS MÉDICAS

Antecedentes actualizados en el sistema, para la fecha 02/07/2021	
Grupo	Descripción
Relevante Quirúrgicos	OS clavícula izquierda
Alérgicos	Niega
Patológicos	Hiperitoidismo

Fecha: 02/07/2021 14:26 - Ubicación: SALA DE ESPERA GENERAL - Servicio: URGENCIAS.

Triage - ENFERMERIA

DATOS DE INGRESO

Condiciones del paciente al ingreso: Normal El paciente llega: Caminando
Aspecto general: Bueno

Motivo de ingreso: me duele mucho la cadera*

Presentaba limitación funcional, dolor a la flexión, a las rotaciones de la cadera izquierda y después de revisarse los estudios previos, se advirtió una posible disrupción cortical a nivel acetabular, motivo por el cual se dispusieron radiografía y

²⁷ Ver archivo audiovisual “054Audiencia6” min. 00:14:38.

TAC de pelvis; el Ortopedista CABEZAS AZUERO consignó que la radiografía mostraba fractura acetabular y la tomografía una fractura de la pared posterior del acetábulo izquierdo, calificándola como **“fractura inveterada de acetábulo izquierdo, sintomática”** y señalando la necesidad de manejo quirúrgico.

El recurrente acudió a esta declaración para reforzar el argumento según el cual el hallazgo de **“dolor con la extensión de cadera bilateral”** consignado en la historia clínica del 7 de mayo de 2021, imponía sospechar una lesión de cadera y ordenar las imágenes correspondientes; destacó la respuesta del Ortopedista CAMILO ANDRÉS CABEZAS AZUERO quien al ser interrogado sobre la conducta que debía seguirse frente a un paciente politraumatizado que presentara dolor con la extensión de la cadera, señaló que procedía, **“sospechar alguna lesión y tomar las imágenes que sean necesarias”**²⁸; precisando que entre las lesiones posibles se encontraban las fracturas de la cadera; el especialista reconoció que tratándose de un paciente politraumatizado, el examen físico, el mecanismo traumático y la sintomatología determinan las ayudas diagnósticas que deben practicarse; **“Lo que se hace en el servicio de urgencias es evaluar cada paciente por separado. Cada paciente depende mucho del mecanismo de trauma, en ortopedia nos interesa mucho el mecanismo de trauma que tenga el paciente, lo que refiere el paciente también cuando usted lo interroga y el examen físico que le hacemos al paciente en el servicio de**

²⁸ Ver archivo audiovisual “054Audiencia6” min. 01:12:58.

urgencias. Esas son como las cosas, los tres parámetros principales para tomar conductas y para tomar decisiones sobre estudios que requiere el paciente adicionales.”²⁹

Acerca del manejo de un paciente politraumatizado, **“La conducta a seguir es examinar al paciente. Siempre va de la mano de un examen físico, una adecuada anamnesis. En medicina, lo que llamamos anamnesis es como el interrogatorio que hacemos inicialmente al paciente. ¿Qué fue lo que le pasó? ¿Cómo le pasó? ¿Cómo fue el mecanismo de trauma? Para nosotros ir haciéndonos una idea de qué le puede estar sucediendo al paciente. Ahora, como les digo, siempre tiene que ir de la mano de un examen físico. Tengo que examinar al paciente y decidir exactamente la zona donde tiene su alteración y por ende los estudios adicionales que requiero.”³⁰**

Explicó que la valoración específica de la cadera comprende no sólo la inspección de la posición y longitud de la extremidad sino maniobras de movilidad en diferentes rangos; **“El examen físico básicamente consta de varias pruebas que se le hacen al paciente. Entre ellas incluyen la movilidad de la cadera, la movilidad en varios rangos, tanto de flexión, extensión, abducción, aducción y movimientos rotacionales de la cadera, con la presencia en ese momento de alguna sintomatología del paciente. La idea sería avanzar en estudios para poder tomar una decisión más clara sobre qué le puede estar generando los síntomas al**

²⁹ Ver archivo audiovisual “054Audiencia6” min. 00:39:00.

³⁰ Ver archivo audiovisual “054Audiencia6” min. 01:01:17.

paciente...también hay otras cosas generales del examen, como la posición que tiene el paciente en la pierna, si la pierna está más corta que la otra, si está con una rotación o una alteración rotacional en la pierna. La sospecha siempre se debe tener si vemos en el examen físico que hay alguna de estas alteraciones.”³¹

Ante una sospecha clínica, el estudio inicial indicado era una radiografía de pelvis y dependiendo de sus hallazgos, podía complementarse con tomografía; ***“En cuestión de imágenes, lo que vemos es que hay que tomar una radiografía de pelvis y esa es la indicación. O sea, si la sospecha existe, se debe tomar una radiografía inicial de pelvis. Y si vemos alguna alteración en la radiografía, podemos hacer otro tipo de estudios, como la tomografía, que como explique anteriormente, nos deja ver en varias posiciones la cadera.”***³²

Particular importancia tiene uno de los argumentos del recurrente en la demanda y que desarrolla en la sustentación de la apelación; CABEZAS AZUERO cuando se le preguntó qué conducta procedía si un paciente politraumatizado presentaba dolor con la extensión de la cadera, ***“APODERADO DEMANDANTE: Con base en su experiencia y con base en las capacitaciones, con base en sus conocimientos médicos, si un paciente politraumatizado en un accidente de tránsito llegase a presentar dolor ante una maniobra de extensión de la cadera, ¿cuál sería la conducta a seguir,***

³¹ Ver archivo audiovisual “054Audiencia6” min. 00:17:14.

³² Ver archivo audiovisual “054Audiencia6” min. 00:18:27.

doctor? Dr. CAMILO ANDRÉS CABEZAS: Sospechar alguna lesión y tomar las imágenes que sean necesarias. APODERADO DEMANDANTE: ¿Y sospechar lesiones como cuáles, doctor? Dr. CAMILO ANDRÉS CABEZAS: Como fracturas. APODERADO DEMANDANTE: Y perdóneme la ignorancia, pero como ¿De qué partes del cuerpo se pueden sospechar fracturas cuando el paciente refiere dolor ante la extensión de cadera? Dr. CAMILO ANDRÉS CABEZAS: En la cadera. O sea, cuando yo hago movimientos de cadera, estoy examinando específicamente la cadera. Entonces, en la cadera, como ya les dije previamente, hay dos huesos, que es el acetábulo y el fémur, y eso es lo que básicamente queremos identificar con esa maniobra.”³³

Este aparte guarda relación directa con el reproche del apelante fundado en la anotación de la historia clínica del 7 de mayo de 2021 en la cual cirugía plástica documentó, **“dolor lumbar y dolor con la extensión de cadera bilateral”**; el recurrente sostiene que ese hallazgo imponía sospechar una lesión de cadera y practicar imágenes específicamente dirigidas a esa región.

No obstante, la declaración del Ortopedista no puede fragmentarse para extraer únicamente aquella afirmación; durante el testimonio CABEZAS AZUERO fue categórico en explicar que el diagnóstico de una fractura acetabular depende de la concurrencia de sintomatología, examen físico y ayudas diagnósticas; preguntado sobre la posibilidad de establecerla

³³ Ver archivo audiovisual “054Audiencia6” min. 01:12:18.

cuando no existen síntomas ni hallazgos clínicos, ***“APODERADO DEMANDADA: Cuando no hay síntomas y el paciente no refiere dolor en la cadera y no hay un síntoma o una evidencia física de una fractura a nivel de la cadera, ¿es posible realizar ese diagnóstico? CAMILO ANDRÉS CABEZAS: No, no es posible.”***³⁴

Por ello, al igual que ocurrió con la Médica General, el testimonio debe ser apreciado atendiendo al momento concreto sobre el cual el declarante tenía conocimiento personal; CABEZAS AZUERO no examinó al paciente el 6 ni el 7 de mayo y reconoció, ***“Yo no lo atendí en el momento del trauma, me queda muy difícil saber qué refirió él en el momento del trauma. Yo lo atendí el 2 de julio y ya habían pasado 8 semanas después del trauma.”***³⁵

Su declaración permite establecer cuáles signos tendrían relevancia ortopédica desde una perspectiva especializada, pero no demostrar por sí sola qué signos fueron apreciables durante la primera atención.

Otro de los puntos centrales de la apelación es que la tardanza diagnóstica produjo una consolidación defectuosa, agravó la lesión y disminuyó las posibilidades de recuperación; sobre el tiempo idóneo para intervenir una fractura acetabular, CABEZAS AZUERO explicó, ***“Idealmente las fracturas deberían de hacerse una intervención quirúrgica alrededor de la segunda o tercera semana por máximo. Uno***

³⁴ Ver archivo audiovisual “054Audiencia6” min. 00:39:41.

³⁵ Ver archivo audiovisual “054Audiencia6” min. 01:59:19.

encuentra signos de consolidación importantes que puede alterar y que quirúrgicamente nos pone un poquito en aprietos y nos complica llegar a una reducción adecuada.”³⁶

Al explicársele qué ocurría cuando la intervención se realizaba después de aquel término, **“Las fracturas en general tienen un proceso de consolidación o de cicatrización ósea. Cuando el tiempo pasa alrededor de la sexta semana, octava semana, la consolidación es importante en una fractura y, por ende, el procedimiento quirúrgico puede verse alterado y los resultados de este mismo pueden verse alterados en el sentido en el que no es posible en la gran mayoría de oportunidades lograr una reducción de la fractura exitosa.”³⁷**

Más adelante explicó técnicamente el fenómeno, **“Lo que pasa es que hay un proceso de cicatrización ósea, de consolidación ósea, donde las diferentes células que se encargan de la consolidación en el cuerpo humano llegan hacia la zona donde está fracturada y comienzan a generar hueso nuevo que es lo que hacen normalmente las células que se encargan de ese proceso. Cuando hay una fractura que pasa un tiempo determinado, pues el hueso empieza a formarse en la posición en la que está, ¿cierto? El hueso empieza a formarse tal cual como está la lesión. En ese orden de ideas, cuando uno tiene una fractura que ha sido desplazada, que no está en una posición**

³⁶ Ver archivo audiovisual “054Audiencia6” min. 00:24:01.

³⁷ Ver archivo audiovisual “054Audiencia6” min. 00:21:22.

adecuada, pues consolida en esa posición. Y es una posición que anatómicamente no es la normal.”³⁸

Ante una pregunta posterior acerca de las dificultades operatorias que produce esa consolidación, ***“Sí. Cuando hay hueso nuevo y la fractura está consolidada en una posición no adecuada, nosotros tenemos que hacer otras estrategias quirúrgicas, prácticamente hacer cortes nuevos en el hueso. Eso es difícil técnicamente y por ende puede comprometer el resultado de la reducción cuando ya hay consolidación ósea.”³⁹***

Esta explicación encuentra correspondencia objetiva con los hallazgos de la intervención practicada el 5 de julio de 2021; la historia clínica registra ***“1. - Fractura parcialmente consolidada. 2. - consolidación defectuosa, con desplazamiento de pared y columna posterior mayor a 15 mm, con escalón articular”, 3. - Cambios coxartrosis postraumáticos 4. - Nervio ciático atrapado en fibrosis interfragmentaria de la columna(sic) posterior 5. - Contusion de rotadores de la cadera.”***

En cuanto al pronóstico comparativo entre una cirugía temprana y una tardía el Ortopedista, ***“JUZGADO: Realizando un juicio comparativo doctor Camilo, si tenemos una intervención quirúrgica entre las primeras tres semanas respecto de esa, de esa fractura de acetábulo con relación a una intervención quirúrgica realizada dos meses, casi***

³⁸ Ver archivo audiovisual “054Audiencia6” min. 01:32:30.

³⁹ Ver archivo audiovisual “054Audiencia6” min. 01:34:48.

dos meses después, ¿cuál es el mejor pronóstico de recuperación? Dr. CAMILO ANDRÉS CABEZAS: Idealmente la fractura que se opera temprana tiene un mejor pronóstico, pero no solamente depende del procedimiento quirúrgico que se haga, depende del tipo de fractura, hay fracturas que tienen trazos o conminuciones muy importantes y que son prácticamente imposible lograr una adecuada reducción entonces yo pienso que la respuesta sería depende de varios factores, entre ellos el trazo de fractura, la zona de fractura, la consolidación de la fractura, en fin, pero sí es cierto que las fracturas que se operan tempranamente tienen mejores resultados funcionales.⁴⁰

Este último segmento es decisivo para valorar el reparo; el testigo reconoció una ventaja funcional de la cirugía temprana, pero simultáneamente descartó que el tiempo de intervención constituyera por sí solo un determinante absoluto del desenlace; el pronóstico dependía del tipo, extensión, conminución y daño cartilaginoso de la fractura.

Respecto de la lesión cartilaginosa, ***“JUZGADO: ¿Eso se mide en términos de probabilidades de recuperación? Dr. CAMILO ANDRÉS CABEZAS: No, el tema de la consolidación ósea y el de la alteración funcional depende de lo que vayamos viendo en la progresión del paciente. Todas las fracturas que comprometen la articulación, ¿cierto? que comprometen el cartílago articular, generan alguna lesión***

⁴⁰ Ver archivo audiovisual “054Audiencia6” min. 00:28:13.

importante y por ende esa lesión cartilaginosa no se recupera entonces de por si esas fracturas que comprometen la articulación generan en algún grado un proceso de desgaste prematuro en la articulación, más sobre todo las que cargan peso o las que cargan los miembros, entonces en ese orden de ideas depende de muchos factores el tema de la evolución funcional que tiene cada paciente, porque la lesión del cartílago como tal en cada articulación ya está instaurada por el tipo de fractura que tiene el paciente, entonces lo que buscamos, como les dije ahorita, es tratar de acomodar o tratar de armar la fractura, pero pensar que de pronto el cartílago vaya a regenerarse no es cierto, el cartílago no se regenera, entonces lo que hacemos es una consolidación de hueso en la parte ósea, pero en la parte cartilaginosa no hay forma de regeneración.”⁴¹

Y al referirse a la artrosis postraumática, ***“Una artrosis postraumática es una lesión que ocurre en el cartílago articular posterior a un trauma.”***⁴²

Preguntado por su causa en el caso de una fractura acetabular, ***“Esas lesiones del cartílago dependen mucho del tipo de trauma, del tipo de fractura que tenga como tal el paciente, porque puede ser pequeña o puede tener una extensión mayor que compromete como tal más fácilmente el desarrollo de una artrosis. Entonces, depende de qué tan grande sea la lesión articular es que el paciente va a***

⁴¹ Ver archivo audiovisual “054Audiencia6” min. 00:29:39.

⁴² Ver archivo audiovisual “054Audiencia6” min. 00:48:44.

presentar un daño articular severo y por ende una artrosis, en este caso postraumática. APODERADO DEMANDADA: ¿Podríamos entonces afirmar que la artrosis postraumática depende básicamente de la entidad del trauma como tal? Dr. CAMILO ANDRÉS CABEZAS: Depende del trauma como tal.”⁴³

Descartó que una intervención dentro de las primeras tres semanas eliminara el riesgo de artrosis; **“APODERADO DEMANDADA: Cuando se opera una fractura del acetábulo para que hablemos del caso concreto, en las primeras tres semanas, ¿eso descarta, per se y de forma absoluta, que el paciente no vaya a presentar una artrosis postraumática? Dr. CAMILO ANDRÉS CABEZAS: No. APODERADO DEMANDADA: ¿Por qué, doctor? Dr. CAMILO ANDRÉS CABEZAS: No, La artrosis depende de la lesión articular que tenga el paciente. Depende de la lesión de la zona articular que haya tenido el paciente. Lo que sí es cierto es que si yo opero un paciente dentro del tiempo que hemos hablado, de las tres semanas, la reducción de la fractura es más fácil y se puede lograr una adecuada reducción y una adecuada estabilización, principalmente anatómica.”⁴⁴**

Y cuando se le reformuló atendiendo a esa respuesta la proposición, **“APODERADO DEMANDADA: Eso quiere decir que cuando se operan dentro de las primeras tres semanas, lo que se logra es un posicionamiento anatómico**

⁴³ Ver archivo audiovisual “054Audiencia6” min. 00:49:52.

⁴⁴ Ver archivo audiovisual “054Audiencia6” min. 00:51:05.

ideal, pero eso no evita que el paciente presente una artrosis postraumática...Dr. CAMILO ANDRÉS CABEZAS: Es correcto.⁴⁵

Al cierre de su declaración informó que de acuerdo con la literatura que conocía, las fracturas de la pared posterior del acetábulo presentan, por su naturaleza, un riesgo importante de artrosis; ***“Hay literatura actual de las fracturas de la pared posterior del acetábulo y alrededor de un 40-45% generan artrosis de cadera.”***⁴⁶

Este aspecto debilita la inferencia propuesta en la apelación; ¿la aparición de la artrosis postraumática constituye por sí sola prueba de que la demora diagnóstica fue su causa? el testigo explicó lo contrario; el traumatismo y la lesión del cartílago inherente a la fractura acetabular constituían por sí mismos factores aptos para producir ese deterioro, incluso mediando una cirugía temprana.

¿La consolidación defectuosa fue causa de la posterior prótesis de cadera?; sobre esa posibilidad, ***“APODERADO DEMANDANTE: ¿Una consolidación defectuosa de la fractura podría conllevar a una prótesis de cadera? Dr. CAMILO ANDRÉS CABEZAS: Sí, porque hay una alteración de la articulación. Una articulación que no está adecuadamente reducida y por ende la artrosis postraumática va a ser importante y el paciente va o***

⁴⁵ Ver archivo audiovisual “054Audiencia6” min. 00:52:13.

⁴⁶ Ver archivo audiovisual “054Audiencia6” min. 02:01:33.

puede terminar en un proceso ya mayor como una artroplastia que es el cambio de la articulación.⁴⁷

La respuesta establece una posibilidad médica, pero no una atribución causal individualizada respecto de ELKIN LEONARDO; el Ortopedista explicó que la artrosis y el pronóstico dependían de la magnitud de la lesión cartilaginosa producida por el trauma y que incluso una intervención temprana no eliminaba el riesgo de artrosis postraumática; tampoco afirmó que operarse al paciente dentro de las primeras tres semanas, se hubiese evitado la prótesis.

La apelación presenta la declaración como demostrativa de una cadena causal necesaria, demora, consolidación defectuosa, artrosis y prótesis; sin embargo, el testimonio completo revela una conclusión más limitada; la demora puede dificultar la reducción y empeorar el pronóstico, pero la fractura articular compleja posee aptitud suficiente para generar daño cartilaginoso, artrosis y eventualmente artroplastia.

En cuanto a que la orden de caminar habría ocasionado el desplazamiento de la fractura, CABEZAS AZUERO señaló que conocida una fractura acetabular como la que presentaba el paciente, no era adecuado permitir apoyo antes de la intervención; ***“APODERADO DEMANDANTE: Doctor en un caso como este, con una fractura de esta índole, ¿es correcto mandar a un paciente a caminar? Dr. CAMILO ANDRÉS CABEZAS: No, antes del procedimiento quirúrgico,***

⁴⁷ Ver archivo audiovisual “054Audiencia6” min. 01:35:27.

no. APODERADO DEMANDANTE: Doctor, disculpe, de pronto parece obvia la pregunta, pero ¿sería correcto también mandarlo a hacer terapias? **Dr. CAMILO ANDRÉS CABEZAS:** No, porque el tema es que requiere cirugía. Normalmente las terapias en fracturas las iniciamos en el postquirúrgico, o sea, en el periodo después del procedimiento quirúrgico.”⁴⁸

Y explicó el riesgo asociado al apoyo, **“APODERADO DEMANDANTE:** ¿Qué podría pasar si por alguna razón a un paciente se le manda a caminar, a hacer actividad física y terapias, teniendo una fractura como el caso que nos ocupa? **Dr. CAMILO ANDRÉS CABEZAS:** La fractura puede desplazarse un poco más por el tema del apoyo. Al generar apoyo de la extremidad, la fractura puede desplazarse y puede haber una lesión mayor de lo que uno podría esperar sin haberlo colocado a caminar.”⁴⁹

Expuso en qué consiste tal desplazamiento, **“Se desplace es, yo puedo tener la fractura en una zona específica y la fractura por lo general, como son zonas de carga, zonas de apoyo y zonas de movilidad, si yo no hago movilidad y si no hago apoyo, normalmente la fractura se mantiene en el sitio donde estaba. Ahora, si yo le empiezo a generar carga a esa extremidad, o movilidad a la extremidad, por el efecto que hay entre la gravedad, el peso y las diferentes estructuras musculares y tendinosas, puede ser que una**

⁴⁸ Ver archivo audiovisual “054Audiencia6” min. 01:40:20.

⁴⁹ Ver archivo audiovisual “054Audiencia6” min. 01:39:25.

fractura que está en una posición se traslade a otra. Eso es desplazamiento de la fractura.⁵⁰

Y acerca de sus consecuencias quirúrgicas, ***“Cuando la fractura se desplaza puede ser más complejo técnicamente hacer una reducción. Ese es principalmente el tema.”***⁵¹

Estas respuestas respaldan la afirmación general del apelante según la cual el apoyo de una fractura acetabular no tratada puede incrementar su desplazamiento; no obstante, existe una diferencia probatoria que no puede soslayarse, el Ortopedista no afirmó que ello hubiese ocurrido en ELKIN LEONARDO ni que pudiera establecerse cuánto del desplazamiento observado el 2 de julio era posterior al accidente; se expresó siempre en términos de posibilidad, ***“puede desplazarse...puede haber una lesión mayor.”***

Cuando el Juzgado le preguntó por lo que recordaba sobre el grado, dimensiones y alcance de la fractura que observó el 2 de julio, ***“De lo que recuerdo en la historia clínica de lo que puse, pues era una fractura que comprometía la pared posterior del acetábulo y estaba desplazada y con signos indirectos de consolidación.”***⁵²

No tuvo acceso nuevamente a las imágenes para la audiencia; por modificaciones del software institucional no era posible visualizarlas retrospectivamente; su declaración acredita el

⁵⁰ Ver archivo audiovisual “054Audiencia6” min. 01:41:09.

⁵¹ Ver archivo audiovisual “054Audiencia6” min. 01:43:00.

⁵² Ver archivo audiovisual “054Audiencia6” min. 00:32:54

riesgo biomecánico abstracto de desplazamiento por carga, pero no constituye por sí sola prueba de que la indicación de caminar haya sido la causa concreta del desplazamiento identificado el 2 de julio.

Similar precisión se hace respecto del nervio ciático; CABEZAS explicó su proximidad anatómica con la pared posterior del acetábulo, ***"De la región posterior del acetábulo pasa muy cerca."***⁵³

Al preguntársele si una fractura inveterada podía comprometerlo, ***"Si nos referimos a este caso específico, por la zona de la lesión, la fractura de la parte posterior, de la región posterior del acetábulo, puede comprometer el nervio ciático."***⁵⁴

Inmediatamente manifestó que las lesiones neurológicas asociadas a ese tipo de trauma podían producirse desde el accidente, ***"Hay lesiones nerviosas que son diferentes. Hay lesiones que son de contusiones, de golpes, de inflamación, que esas de por sí están dadas por el solo traumatismo independientemente de si hay fractura o no. Ahora, también hay lesiones del nervio donde el nervio se puede cortar, pues el nervio se secciona completamente por la fractura o por la lesión que tenga el paciente. Entonces, esa fractura posterior del acetábulo puede hacer cualquier"***

⁵³ Ver archivo audiovisual "054Audiencia6" min. 01:19:44.

⁵⁴ Ver archivo audiovisual "054Audiencia6" min. 01:21:25.

lesión por continuidad anatómica, puede hacer cualquier lesión a nivel del nervio.”⁵⁵

Este segmento es relevante en cuanto a la lesión traumática inicial del nervio ciático; el testimonio afirmó que una fractura de la pared posterior del acetábulo, por su proximidad anatómica, podía comprometer dicho nervio directamente por el trauma.

En cuanto a la fibrosis, ***“Una fibrosis es como una cicatrización donde se involucran muchas otras estructuras, tal vez lo llamaría yo así, digamos, la cicatrización del cartílago, como tal, el término médico es una cicatrización no igual a la anterior. Pero la fibrosis, digamos, se la puede tener fibrosis en tejidos blandos, los tejidos blandos se fibrosan es cuando hay cicatrización con las estructuras contiguas. Cuando hay una cicatrización grande de la zona que está afectada.”⁵⁶***

Preguntado si aquella fibrosis podía generar adherencia al nervio ciático, ***“Podría generarla, por continuidad, claro.”⁵⁷***

Y acerca del momento en el cual podía comenzar, ***“Es muy difícil decirle un tiempo específico, pero podríamos estar hablando después de la segunda, tercera semana. Puede haber algo de cicatrización en los tejidos que genere una fibrosis.”⁵⁸***

⁵⁵ Ver archivo audiovisual “054Audiencia6” min. 01:22:12.

⁵⁶ Ver archivo audiovisual “054Audiencia6” min. 01:23:20.

⁵⁷ Ver archivo audiovisual “054Audiencia6” min. 01:24:32.

⁵⁸ Ver archivo audiovisual “054Audiencia6” min. 01:25:44.

Nuevamente introdujo una precisión que impide atribuir automáticamente la fibrosis a la tardanza; ***“Con respecto a la fibrosis, uno puede hacer fibrosis inclusive con el posoperatorio. O sea, con la sola manipulación de los tejidos blandos, cuando uno requiere hacer separaciones de las estructuras y de toda la zona que usted requiera exponer para hacer una reducción adecuada de la fractura, todo ese trauma de tejidos blandos que usted produce cuando hace una separación de las estructuras puede generar también fibrosis. puede generar también fibrosis. Entonces realmente se puede generar antes o después del procedimiento quirúrgico también.”***⁵⁹

Al ser interrogado acerca de si la consolidación defectuosa podía causar lesión del nervio, ***“Depende de la zona en la que esté. Probablemente la consolidación en sí no tenga mayor efecto en el tema del nervio o de un nervio, a no ser que el nervio esté, por decirlo así, metido en la zona de la fractura que a veces pasa, las fracturas se desplazan de la zona donde está y queda el nervio metido en el fragmento o en la zona donde está la fractura. Si hay un proceso de consolidación en esa parte puede haber alteración de la parte nerviosa.”***⁶⁰

Al confrontarse su conocimiento con la descripción operatoria del 5 de julio de 2021 confirmó que el hallazgo registrado fue fibrosis con atrapamiento del nervio; ***“APODERADO DEMANDANTE: De acuerdo a la historia clínica que usted***

⁵⁹ Ver archivo audiovisual “054Audiencia6” min. 01:26:32.

⁶⁰ Ver archivo audiovisual “054Audiencia6” min. 01:36:23.

consultó antes de venir a esta audiencia, ¿usted pudo verificar si en este paciente se presentó tal fenómeno? Dr. CAMILO ANDRÉS CABEZAS: Los hallazgos quirúrgicos que se describió en la descripción quirúrgica que yo leí, ahí hablaban de una fibrosis con atrapamiento del nervio.⁶¹

La historia clínica es concordante, durante la cirugía del 5 de julio se encontró el ***"4. - Nervio ciático atrapado en fibrosis interfragmentaria de la columna posterior"***; el testigo explicó que un compromiso del nervio ciático podía generar alteraciones sensitivas y motoras; ***"Normalmente cuando hay lesiones del nervio asiático puede haber limitación para la movilidad del tobillo y la movilidad de los dedos. Eso es una dorsiflexión, que es que el tobillo se doble, por decirlo así, se gire hacia la parte dorsal, o sea, hacia la parte de atrás. Se llama dorsiflexión, porque el paciente va a presentar como secuela un pie caído, que es una imposibilidad para realizar movilidad del tobillo hacia la parte dorsal, o sea, la parte posterior del tobillo y de los dedos."***⁶²

No afirmó que el atrapamiento por fibrosis fuera necesariamente la causa originaria de la lesión neurológica de ELKIN LEONARDO; dejó abierta la posibilidad de una lesión traumática inicial y explicó que la fibrosis podía originarse tanto antes como después de la intervención.

⁶¹ Ver archivo audiovisual "054Audiencia6" min. 01:44:36.

⁶² Ver archivo audiovisual "054Audiencia6" min. 01:46:42.

CABEZAS AZUERO fue interrogado sobre el alcance de la prótesis de cadera implantada con posterioridad; la artroplastia constituye una alternativa de último recurso cuando los tratamientos precedentes han fallado y reemplaza definitivamente la articulación nativa; ***“Esa es la última opción cuando los tratamientos previos han sido fallidos⁶³...porque ya hay cambio de la articulación. Cuando colocamos una prótesis se hace un cambio; ya no es el acetábulo y la cabeza del fémur que tenía el paciente, sino ya es un procedimiento con un material diferente que obliga a que ya no quede la articulación nativa que tenía el paciente previamente.”***⁶⁴

Explicó que los resultados suelen ser favorables en términos de dolor y función, aunque el paciente no necesariamente recupera exactamente las mismas condiciones previas; ***“Si yo lo miro en términos de mejoría del dolor, de mejoría de la función a como estaba previamente, posiblemente sí haya mucha mejoría, esa es la última opción cuando los tratamientos previos han sido fallidos. Entonces, realmente la evolución de los pacientes con prótesis de cadera es muy buena en cuestión de que mejora la sintomatología, mejora el dolor, mejora la función de pronto que tenía previamente a lo que estaba presentando el paciente. No sé hasta qué punto porque le digo depende de cada paciente que quede funcionalmente igual. Probablemente no, probablemente no. Siempre hay un cuidado que hay que tener con las prótesis y eso se le explica al paciente claramente y la***

⁶³ Ver archivo audiovisual “054Audiencia6” min. 01:51:41.

⁶⁴ Ver archivo audiovisual “054Audiencia6” min. 01:56:04.

idea es que el paciente entienda para que cuide también su cirugía.”⁶⁵

Y estimó una duración promedio de las prótesis de cadera entre 15 y 20 años, con eventual necesidad de recambio posterior; frente a la lesión del nervio ciático aclaró que la prótesis no constituye tratamiento para esa afectación; ***“Apoderado demandante ¿Una prótesis de cadera mejora o elimina el dolor causado por una lesión al nervio ciático? Dr. CAMILO ANDRÉS CABEZAS: No. La prótesis de cadera trata la articulación, no trata el nervio.”⁶⁶***

Con el testimonio técnico de CABEZAS AZUERO se explicó que una fractura acetabular debe idealmente ser intervenida dentro de las primeras 2 ó 3 semanas; transcurrido ese período inicia el proceso de consolidación, la reducción quirúrgica se torna técnicamente más difícil y disminuye la posibilidad de reconstruir la articulación con una anatomía semejante a la previa; el apoyo de una extremidad afectada por una fractura acetabular no tratada puede aumentar su desplazamiento y hacer más compleja la posterior reducción, así como que una fibrosis desarrollada alrededor de la fractura puede comprometer estructuras adyacentes, como el nervio ciático.

El especialista señaló que las fracturas acetabulares son por definición lesiones articulares complejas; comprometen un cartílago que no se regenera en sus condiciones originales; poseen por sí mismas capacidad para desencadenar artrosis

⁶⁵ Ver archivo audiovisual “054Audiencia6” min. 01:51:26.

⁶⁶ Ver archivo audiovisual “054Audiencia6” min. 02:02:19.

postraumática; y según la literatura que conocía, aproximadamente entre el 40 % y 45 % de las fracturas de la pared posterior del acetábulo desarrollan artrosis; una intervención dentro de las primeras tres semanas facilita la reducción anatómica, pero no excluye la aparición posterior de artrosis; depende de la entidad del trauma y de la magnitud de la lesión cartilaginosa.

No afirmó que la prótesis implantada posteriormente se evitaría de realizarse una cirugía temprana; una consolidación defectuosa **“puede”** conducir a una artroplastia, proposición general que coexistió con su explicación que la lesión traumática articular podía producir artrosis incluso ante una reconstrucción oportuna.

Lo mismo sucede con el desplazamiento; CABEZAS AZUERO explicó que permitir el apoyo de una fractura puede aumentar su desplazamiento; no determinó que la posición de los fragmentos hubiera variado como consecuencia de la indicación de caminar; su conocimiento directo inició 8 semanas después del accidente, cuando la fractura estaba desplazada y presentaba signos de consolidación.

En cuanto al nervio ciático, confirmó el hallazgo operatorio de atrapamiento en fibrosis, no atribuyó su lesión exclusivamente a aquella circunstancia; explicó que la pared posterior del acetábulo se encuentra anatómicamente próxima al nervio y que el traumatismo puede producir contusión, inflamación u

otras lesiones neurológicas; la fibrosis puede desarrollarse antes o después del procedimiento quirúrgico.

Apreciado conforme las reglas de la sana crítica, el testimonio técnico de CAMILO ANDRÉS CABEZAS AZUERO demuestra que la tardanza diagnóstica pudo dificultar el tratamiento, disminuir las posibilidades de una reducción anatómica y exponer al paciente a riesgos adicionales; no demuestra que la artrosis postraumática, la afectación neurológica y la posterior necesidad de prótesis fueron causadas por la supuesta tardanza o por la gravedad intrínseca de la fractura producida en el accidente de tránsito, del cual no referenció dolor localizado en esa zona en el examen físico inicial.

Punto que habrá de contrastarse con las declaraciones del Cirujano de Pelvis RAMIRO TRUJILLO GONZÁLEZ y con los dictámenes periciales.

La declaración de RAMIRO TRUJILLO GONZÁLEZ, Médico Ortopedista con entrenamiento específico en cirugía de pelvis y acetábulo; quien intervino a ELKIN LEONARDO ROLDÁN VARGAS el 5 de julio de 2021; a diferencia de los profesionales que participaron en la atención inicial, tuvo conocimiento directo de las condiciones anatómicas encontradas durante la cirugía, del estado de la fractura, de los tejidos blandos circundantes, del nervio ciático y de la evolución posterior del paciente.

El profesional explicó que es Médico, especialista en Ortopedia y con Adiestramiento de alta especialidad en cirugía de cadera, pelvis y acetábulo; con experiencia aproximada de 280 cirugías de pelvis y acetábulo; desde 2016 presta sus servicios en la CLÍNICA LAS VEGAS, principalmente en traumatología y cirugía de pelvis y acetábulo.

Al referirse espontáneamente al conocimiento que tuvo del caso, indicó que valoró al paciente en julio de 2021, luego de revisar los estudios imagenológicos, momento para el cual se advertían cambios degenerativos importantes en la articulación; ***“ehh haciendo memoria, revisando la historia clínica, yo a él lo evalué, vi sus estudios imagenológicos a solicitud de uno de mis compañeros de traumatología. Eso fue, no recuerdo el día exacto, pero ya en el momento en el que evalué los estudios imagenológicos, ya habíamos identificado cambios degenerativos en la extremidad, en la cadera propiamente. Incluso se comentó el caso con los doctores del módulo de reemplazos articulares, pues para tratar de llegar a un consenso respecto al tratamiento ideal para esta lesión, y pues conversando con los doctores, anteponiendo sobre todo la edad del paciente, pues fue que se llegó a la decisión de intentar realizar un rescate articular, que fue el procedimiento que hicimos. Ahí lo que hice fue hacer una cirugía para tratar de organizar el acetábulo, la posición más anatómicamente posible y fijar las estructuras que estaban lastimadas.”***⁶⁷

⁶⁷ Ver archivo audiovisual “055Audiencia7” min. 00:42:03.

Sobre los hallazgos intraoperatorios, fue preciso al explicar que la fractura mostraba consolidación parcial y fue necesario liberar los fragmentos para reconstruir el acetábulo; ***“De lo que recuerdo, se realizó el procedimiento quirúrgico. Netamente de los hallazgos intraoperatorios ya se había, identifiqué que ya parte de la fractura estaba prácticamente pegada, consolidada. Tocó hacer algo que se llama osteotomía, que es liberar los fragmentos óseos de las adherencias del hueso nuevo que se había formado para tratar de construir nuevamente el acetábulo. Dentro de todo ese proceso inflamatorio de fibrosis, de las cicatrices que se hacen alrededor de la lesión, estaba incluido no solamente el fragmento óseo, sino también parte de los tejidos blandos, el nervio ciático. Ese se liberó, se hizo la osteosíntesis, después de eso se continuó el seguimiento por consulta externa, esperando a que se volviera a unir ese fragmento que se reacomodó. Se hizo el proceso de fisioterapia, de rehabilitación y a la postre pues se logró el hacer una reintegración a sus actividades parcial, ya teniendo parte de las secuelas establecidas. Durante los controles por consulta externa se continuó evidenciando la progresión de la artrosis postraumática, y pues a la postre fue lo que hizo que se remitiera nuevamente con los doctores de reemplazos articulares.”***⁶⁸

Este aparte es uno de los invocados por el recurrente para sostener la relación causal entre la fibrosis, el atrapamiento del nervio ciático y las secuelas posteriores; se reproduce este

⁶⁸ Ver archivo audiovisual “055Audiencia7” min. 00:43:44.

segmento para afirmar que el diagnóstico de lesión del nervio ciático y los hallazgos operatorios permiten atribuir dicha afectación a la fibrosis encontrada alrededor de la fractura.

No obstante, la declaración completa del Cirujano permite delimitar con mayor precisión el alcance de esos hallazgos; al preguntársele si el paciente era candidato a reemplazo articular desde el momento en que fue valorado en julio, explicó que esa posibilidad surgía de los cambios degenerativos presentes en la cabeza femoral y en la articulación; ***“Sí, era implante. Incluso fue una de las dos opciones terapéuticas que se habían considerado desde julio, que lo vi, porque ya tenía cambios degenerativos avanzados en la cabeza femoral, ya tenía unas cosas que se llaman osteofitos, que es formación de hueso nuevo, ya se había cambiado la forma anatómica de la cadera, se habían formado geodas, que eso es cuando se hacen, por así decirlo, huecos debajo del cartílago. El cartílago parcialmente ya estaba pues desgastado, entonces ahí básicamente son dos opciones, o intentar el rescate articular o el hacer el reemplazo con una prótesis. En el caso específico de Elkin, pues tomamos la decisión, tomé la decisión de que se realizara el rescate articular por su edad. Si él hubiera tenido 65 años o más, probablemente se hubiera hecho solamente el reemplazo articular.”***⁶⁹

Interrogado por el Juzgado sobre cuál era su causa, ***“JUZGADO: Doctor, cuando usted indica que en la primera cirugía, que***

⁶⁹ Ver archivo audiovisual “055Audiencia7” min. 00:45:57.

creo que se realizó el 5 de julio del año 2021, e indica se advirtieron cambios degenerativos en la lesión. Estos cambios degenerativos, ¿Nos podría explicar cuál es la causa, cuál es el origen? Dr. RAMIRO TRUJILLO GONZÁLEZ: Pues el origen, pues la causa fundamental es el accidente, al momento en el que se ocurre la transferencia de energía desde el hueso del fémur a la cadera, a la porción articular, toda esa transferencia de energía se pasa forzosamente a través de la superficie articular. Usualmente cuando los traumas son de menor fuerza, suele solamente quedar en la contusión, en que se lastime un poco el cartílago. En este caso, la fractura, la fuerza fue tan grande que terminó por transferirse más energía del cartílago de la cadera al cartílago del acetábulo y al hueso, que fue lo que terminó por fracturarlo. Cuando ocurre esta transferencia gigante de energía, se sufren muchos cambios desde el punto de la circulación al cartílago y al hueso. Entonces el cartílago que se lastima por la fractura, se le agrega el resto del cartílago que está alrededor de esa lesión, que no tiene suficiente circulación y termina por, así decirlo, envejecer de manera acelerada, lo que es la artrosis”⁷⁰ (resaltado propio).

El profesional que observó directamente la articulación durante la intervención no atribuyó el daño cartilaginoso originario a un proceso posterior, sino a la magnitud de la transferencia de energía producida en el accidente.

⁷⁰ Ver archivo audiovisual “055Audiencia7” min. 00:47:30.

Al calificar la entidad o gravedad de la lesión, ***“Pues es una lesión ya compleja, porque ya se tenía no solamente la fractura, sino ya la degeneración del cartílago y cambios en la estructura ósea de la cabeza del fémur, ya se había degenerado. Poderle poner en una magnitud no era una lesión mortal, normalmente no implican el riesgo de pérdida de la extremidad, pero sí lo suficientemente graves como para necesitar una cirugía y todos los riesgos propios de una intervención quirúrgica.”***⁷¹

En relación con la oportunidad habitual para intervenir ese tipo de fracturas, explicó que lo ideal es hacerlo dentro de las primeras dos o tres semanas, esencialmente para facilitar técnicamente la reducción; ***“JUZGADO: Necesitándose cirugía para realizar el tratamiento de esa lesión, doctor Trujillo, ¿cuál es el término razonable para realizarla entre el momento en que se la identifica, obviamente el momento en que se presenta y el momento en que se opera? Dr. RAMIRO TRUJILLO GONZÁLEZ: Pues el tiempo como tal no hay una fecha precisa, depende mucho de las condiciones médicas del paciente. Lo ideal, hablando en términos en que si el paciente está en condiciones de ser intervenido, debe de realizarse dentro de las primeras dos a tres semanas para que el procedimiento sea técnicamente más fácil de realizar.”***⁷²

Cuando el Juzgado le preguntó qué representaba para el paciente la diferencia temporal entre una cirugía dentro de las

⁷¹ Ver archivo audiovisual “055Audiencia7” min. 00:50:45.

⁷² Ver archivo audiovisual “055Audiencia7” min. 00:50:03.

primeras semanas y aquella finalmente practicada, ***“Pues ahí si hablamos solamente cronológicamente es que se inicia todo más tarde. Por hablar estrictamente en tiempo, es empezar la fisioterapia dos meses tarde, es esperar nuevamente a que se vuelva a iniciar el proceso de consolidación de la cirugía que se hizo, de la osteotomía. Es pues básicamente más tiempo de espera para poder empezar lo que se pudo teóricamente haber iniciado antes. JUZGADO: ¿Las condiciones de recuperación son las mismas si la cirugía se hace dentro de las tres semanas después del accidente, así se hacen a los dos meses? Dr. RAMIRO TRUJILLO GONZÁLEZ: No, las condiciones son diferentes porque el reposo, la inactividad suele asociarse a un desacondicionamiento físico y a la postre puede hacer que sea más difícil el realizar la fisioterapia, el reentrenamiento para volver a caminar, cuesta más trabajo.”***⁷³

Este segmento también fue invocado en la sustentación del recurso para sostener que la fisioterapia y la recuperación resultaron más difíciles por la intervención posterior.

Ahora, frente al procedimiento concreto que tuvo que realizar, explicó por qué la osteotomía se hizo necesaria; ***“JUZGADO: ¿Esto esta, esto era; fue necesario por la consolidación de la fractura o también habría que hacerlo, se habría tenido que hacer dentro de las tres semanas siguientes al momento en que ocurre el suceso? Dr. RAMIRO TRUJILLO***

⁷³ Ver archivo audiovisual “055Audiencia7” min. 00:52:24.

GONZÁLEZ: No, técnicamente si se opera temprano, el hueso no ha consolidado, entonces el hueso se puede mover libremente con su dificultad por el sitio anatómico donde está la lesión y ya al estar pegado toca pues liberarlo, soltarlo, en este caso como ya había formación de callo óseo, toca volver a fracturarlo, por así decirlo.”⁷⁴

La declaración demuestra que para la cirugía del 5 de julio existía consolidación parcial que exigió un paso quirúrgico adicional; no obstante, el especialista no equiparó esa mayor complejidad técnica con la causa de la artrosis o del daño cartilaginoso; cuando se le preguntó si los resultados necesariamente habrían sido distintos con una cirugía temprana; **“JUZGADO: La lesión, esta lesión, doctor, del acetábulo, del señor Elkin, el acetábulo del señor Elkin, si al realizarse la operación dentro de las primeras tres semanas y o realizada de manera posterior, habría conducido a los mismos resultados o se habrían podido presentar resultados diferentes. RAMIRO TRUJILLO GONZÁLEZ: Es que esa es una situación muy hipotética porque el desarrollo de artrosis es algo natural de todas las articulaciones, con o sin accidentes. Las articulaciones de carga, las caderas, las rodillas, en todas las personas se van degenerando gradualmente. El estímulo traumático de lo que son los golpes traumas repetitivos o las fracturas aceleran ese desgaste acelerado. Ahora bien, cuando es un trauma con la magnitud de una fractura de acetábulo, el daño en el cartílago es muy grande y muchos pacientes, a**

⁷⁴ Ver archivo audiovisual “055Audiencia7” min. 00:54:11.

pesar de realizarse una cirugía temprana con reducciones anatómicas perfectas, terminan por presentar esa degeneración del cartílago, la artrosis postraumática. JUZGADO: ¿Podría explicarnos si esa artrosis postraumática se habría podido presentar de igual manera se lo hubiera operado o no se lo hubiera operado? DR. RAMIRO TRUJILLO GONZÁLEZ: Sí, la artrosis postraumática se presenta en los pacientes, incluso los que se operan dentro de la primera semana. El principal predictor de esa artrosis es la magnitud de la fuerza con la que ocurre el accidente, que eso va en relación directa al daño que sufre el cartílago al momento del trauma.⁷⁵

Esta respuesta es relevante porque contradice la inferencia según la cual la artrosis constituye, por sí sola, un resultado demostrativo de una causa posterior al accidente; el factor principal para su aparición es la magnitud del trauma y el daño cartilaginoso producido en ese instante.

Frente a una intervención temprana, descartó que pudiera esperarse una recuperación integral a las condiciones previas; ***“JUZGADO: ¿Las probabilidades de recuperación del señor Elkin Leonardo de haberse realizado la cirugía oportunamente, doctor, le habrían permitido llegar a las mismas condiciones en que se encontraba al momento previo al accidente, o estas de todas maneras se habrían reducido significativamente? Dr. RAMIRO TRUJILLO GONZÁLEZ: No, después de que ocurre una fractura de las***

⁷⁵ Ver archivo audiovisual “055Audiencia7” min. 01:01:05.

magnitudes, como es una fractura de acetábulo, es imposible alcanzar unos niveles de actividad y capacidad física previos a la lesión. Es como un plato cuando se quebra, lo puede pegar y le va a seguir sirviendo para lo mismo, pero ya no es igual a como era antes. Pueden quedar las cicatrices, se aumenta mucho el riesgo de la artrosis. La mayoría de los pacientes, cuando pasa el tiempo suficiente, se vuelve sintomática esa artrosis.⁷⁶

En cuanto a los cambios anatómicos que estaban presentes al momento de la cirugía; no fue posible recuperar completamente la anatomía anterior; ***“No, porque ya los cambios degenerativos estaban establecidos. Al pasar el el el tiempo, al formarse el hueso nuevo, la posición donde originalmente estaba la cadera ya se va pues perdiendo su anatomía, como dos piezas de rompecabezas, se empiezan a limar y aunque se puede poner en esa posición, no se alcanza la la la posición anatómica previa. Entonces, lo que se hace es colocarlo a la posición más normal posible para tener un acetábulo congruente con la cadera.***⁷⁷

Fue interrogado acerca de si el apoyo o la movilización podían influir sobre una fractura de estas características, ***“JUZGADO: ¿El hecho de que el señor Elkin estuviese tratando o intentando de apoyar el pie para tratar de caminar, incidía o no incidía en la ubicación de las extremidades, de las partes del organismo afectadas? Dr. RAMIRO TRUJILLO GONZÁLEZ: Usualmente, lo que nos puede***

⁷⁶ Ver archivo audiovisual “055Audiencia7” min. 01:03:18.

⁷⁷ Ver archivo audiovisual “055Audiencia7” min. 01:07:36.

causar hacer un apoyo demasiado precoz, cuando no está consolidada la fractura, es que se luxe la cadera. Los movimientos, si llegan a ser demasiado grandes, lo que hacen es transferir energía al sitio donde está la fractura, y eso hace que al moverse el hueso, aumente el dolor. Un desplazamiento pudiera presentarse si el movimiento es demasiado grande o intenso, y puede acompañarse incluso de una luxación.⁷⁸

Cuando se le preguntó qué encontró específicamente durante la intervención, ***"JUZGADO: ¿Encontró en esa cirugía, doctor, desplazamiento del cuerpo óseo? Dr. RAMIRO TRUJILLO GONZÁLEZ: La articulación estaba congruente, pero ya el fragmento de la pared sí estaba, pues no en su posición anatómica, sí estaba movido de donde estaba antes, y fue una de las razones por las cuales se tuvo que hacer la osteotomía, para liberarlo y ponerlo en la posición más natural posible.***⁷⁹

Su respuesta no atribuyó ese desplazamiento a una causa concreta; describió la posición que observó durante la cirugía y explicó, en términos generales, que un apoyo precoz puede ocasionar desplazamiento o luxación si el movimiento es suficientemente intenso; no afirmó que ese mecanismo hubiese sido el que produjo el desplazamiento observado en ELKIN LEONARDO.

⁷⁸ Ver archivo audiovisual "055Audiencia7" min. 01:09:02.

⁷⁹ Ver archivo audiovisual "055Audiencia7" min. 01:10:08.

Al referirse al cartílago articular, ***“JUZGADO: ¿Ese cartílago afectado podía, en virtud de la cirugía, volver a un estado previo al momento del accidente? Dr. RAMIRO TRUJILLO GONZÁLEZ: No, el cartílago cuando se muere, no se recupera. No hay ahorita ningún procedimiento quirúrgico que pueda revivir el cartílago que ya se destruyó. La cirugía, al restituir la forma anatómica de la articulación, lo que pretende es que se distribuya mejor la fuerza que pasa a través de la articulación, y que así el cartílago que está vivo no se muera también.”***⁸⁰

Respecto de la coxartrosis postraumática, ***“Es un término médico que la coxartrosis es describir anatómicamente dónde tiene la artrosis en la articulación de la cadera. Y postraumática es porque el origen de la coxartrosis, del desgaste de la cadera, fue secundario a un trauma. La coxartrosis puede ser causada por muchas cosas, por enfermedades metabólicas, por alteraciones en el desarrollo durante la infancia, por la adolescencia, por envejecer. También se puede presentar esa coxartrosis y, pues, en las personas jóvenes que tienen trauma, accidentes, es muy común la coxartrosis postraumática.”***⁸¹

Durante el contrainterrogatorio de la parte demandante, cuando se intentó establecer si el pronóstico fuera diferente de haberse intervenido la lesión en una etapa anterior; ante la pregunta sobre si el ***“muy mal pronóstico”*** consignado en la historia clínica podía mejorar con una cirugía anterior, ***“Si se hubiera***

⁸⁰ Ver archivo audiovisual “055Audiencia7” min. 01:10:38.

⁸¹ Ver archivo audiovisual “055Audiencia7” min. 01:13:26.

operado antes, hubiera sido el procedimiento quirúrgico técnicamente más fácil para mí, pero el grado de destrucción del cartílago se da desde el trauma inicial con la transferencia de energía. Hay cierto tipo de fracturas que tienen un peor pronóstico, sobre todo cuando ocurren en las zonas donde se apoya más carga. El hacer la cirugía de una manera rápida, lo que hace es que sea más fácil para el cirujano acomodar el hueso a una posición más anatómica. Entonces, con eso se pretende el acortar el periodo de recuperación.”⁸²

La parte demandante insistió en cómo podía afirmar que el deterioro cartilaginoso provenía del trauma si no había valorado al paciente el día del accidente; ***“Porque eso es un estudio son, eso son cosas inherentes al evento traumático. Esos son fenómenos que se han estudiado desde hace más de 60 años, están descritos en literatura universal, internacional. Desde los años 60 ya se había definido por unos médicos franceses que el mecanismo del trauma y la transferencia de energía a través de los huesos es como una especie de implosión. Se dispersa tanta energía que es lo que termina por matar al cartílago. Hay fracturas en las que no se desplaza el hueso y el cartílago se muere por estar en una superficie de carga. Hay fracturas que se pueden operar a las 48 horas del accidente y de todos modos presentar la artrosis postraumática porque el golpe inicial del evento traumático es lo suficientemente fuerte como para que se destruyan, se mueran esas células de***

⁸² Ver archivo audiovisual “055Audiencia7” min. 02:29:32.

cartilago. Entonces, como lo había dicho en las preguntas anteriores, el mecanismo de lesión es tan fuerte que la artrosis con las fracturas articulares van prácticamente de la mano.”⁸³

Este segmento es relevante para el análisis del nexo causal; proviene del profesional que realizó la reconstrucción y observó directamente el estado articular; su explicación no excluyó que otros factores pudieran influir en la evolución, pero sí identificó como causa del daño cartilaginoso inicial la magnitud del trauma y la transferencia de energía producida en el accidente.

Uno de los puntos centrales de la apelación concierne al nervio ciático; la fibrosis producida alrededor de la lesión lo atrapó; **“JUZGADO: Doctor Trujillo, cuando usted intervino al señor Elkin e indicó que liberó material blando, dentro de ello se refirió al nervio ciático, ¿encontró usted alguna lesión, alguna afectación del nervio ciático en esa cirugía? Dr. RAMIRO TRUJILLO GONZÁLEZ: Ahí cuando ocurre el proceso inflamatorio de la fractura, del trauma, es un mecanismo de defensa del organismo al generar tejido de cicatrización para tratar de contener la lesión, en este caso la respuesta fue muy grande y dentro de ese tejido nuevo que se formó para tratar de estabilizarse, el nervio ciático que está pues muy cercano al sitio de la lesión quedó incluido en todo ese tejido, que era la respuesta del cuerpo para intentar ganar la lesión. Físicamente el nervio no estaba roto, no estaba seccionado y la intención de**

⁸³ Ver archivo audiovisual “055Audiencia7” min. 02:31:02.

liberar el nervio era para darle más posibilidad a que tuviera una mejor recuperación neurológica de la extremidad.”⁸⁴

Al precisarse el significado de aquella fibrosis, ***“Fibrosis es una palabra muy amplia que utilizamos para describir tejido cicatrizado, que es rígido, que es duro.”⁸⁵***

En el interrogatorio de la demandada explicó qué relación podía existir entre esa fibrosis y una lesión neurológica; ***“Pues lo que pasa es la fibrosis es una respuesta del organismo ante los estímulos y la liberación de sustancias inflamatorias del tejido, ya sea muscular, esquelético o cualquier otro tejido dentro del organismo, y lo que intenta es mantener, por así decirlo, las estructuras juntas. La fibrosis no suele causar lesión, es al contrario, es un intento de reparar o de proteger una lesión. La fibrosis cuando se tiene durante muchos años, sí puede llegar a causar atrapamientos de las estructuras neurológicas, también vasculares, pero usualmente cuando lleva poco tiempo no suele manifestarse clínicamente una lesión neurológica o que se formen cicatrices alrededor del nervio.”⁸⁶***

Esta precisión no puede ser omitida al valorar el argumento del recurrente; el Cirujano confirmó que encontró el nervio rodeado por fibrosis, pero no sostuvo que la fibrosis de pocas semanas fuese necesariamente la causa de la lesión neurológica; al

⁸⁴ Ver archivo audiovisual “055Audiencia7” min. 00:55:05.

⁸⁵ Ver archivo audiovisual “055Audiencia7” min. 00:56:46.

⁸⁶ Ver archivo audiovisual “055Audiencia7” min. 01:17:13.

preguntársele sobre la posibilidad de una lesión del nervio asociada al trauma; ***“La nota no la recuerdo exactamente, pero para que la lesión se produzca tiene que haber un estímulo externo. La descripción de la lesión neurológica como traumática es por las lesiones que tuvo. Cuando ocurre una fractura en el acetábulo, especialmente en la parte posterior, la transmisión de energía a los tejidos es muy grande y es bastante frecuente las lesiones neurológicas del nervio ciático cuando son proximales. Ahora bien, en el caso de Elkin, él también tuvo una herida en la parte externa del tercio proximal de la pierna, entonces por ahí pasan unas ramas del nervio ciático cuando se divide en la parte distal del muslo, cuando se separan las ramas fibulares que son las del peroné y las ramas tibiales.”***⁸⁷

Al explicar el mecanismo de una lesión traumática, ***“Cuando ocurre un accidente, la fuerza que recibe el cuerpo se disemina a través de, se dispersa, perdón, a través de los tejidos donde ocurre el trauma. Entonces, toda la fuerza que pasa a través del fémur se dirige hacia lo que es la articulación de la cadera y se disipa en la articulación. Si es lo suficientemente grande, se puede llegar a fracturar el fémur proximal, la diáfisis, la pelvis o el acetábulo, y por la cercanía de esos elementos pueden llegar a ocurrir lesiones neurológicas, lesiones vasculares. Si la fuerza es demasiado grande, los huesos pueden incluso llegar a romper los músculos, romper la grasa que está debajo de***

⁸⁷ Ver archivo audiovisual “055Audiencia7” min. 01:19:16.

la piel o hasta la piel. Las lesiones pueden ocurrir por esa transferencia de energía.”⁸⁸

Ofreció datos derivados de estudios respecto de la frecuencia de lesiones neurológicas en fracturas acetabulares, ***“Bueno las, hay unos estudios relativamente recientes del 2017-2016 hechos en Latinoamérica que reportan que la incidencia de artrosis secundaria trauma cuando hay fracturas acetabulares se presenta en el 46% de los pacientes dentro de los primeros dos años del accidente, siendo el factor más importante el mecanismo del trauma, la fuerza y la localización donde ocurre la fractura dentro de la estructura anatómica del acetábulo. En cuanto a lo que son las lesiones neurológicas del nervio ciático, cuando son asociadas a la fractura pueden aparecer hasta en un 10, 8% de los pacientes.”⁸⁹***

Se profundizó en el diagnóstico inicial S300 y en la forma como debe abordarse un paciente con dolor lumbosacro irradiado; explicó que una manifestación de esa naturaleza podía orientar razonablemente hacia una lumbociatalgia; ***“Cuando el dolor inicia en la región lumbosacra y se irradia a la extremidad pélvica, me haría pensar dentro de mi diagnóstico diferencial en una lumbociatalgia, que es el dolor de la espalda que se irradia por el atrapamiento de los nervios a nivel de la columna lumbosacra. APODERADO DEMANDANTE: Y si le dice que tiene dolor con la extensión de la cadera doctor? Dr. RAMIRO TRUJILLO GONZÁLEZ: El***

⁸⁸ Ver archivo audiovisual “055Audiencia7” min. 01:20:43.

⁸⁹ Ver archivo audiovisual “055Audiencia7” min. 01:23:03.

dolor neuropático de la lumbociatalgia también se manifiesta con dolor a la extensión, de hecho una de las pruebas para poder hacer el diagnóstico del compromiso del nervio ciático al nivel lumbosacro es hacer maniobras de flexión, extensión y rotación de la extremidad pélvica para determinar si el dolor se incrementa o disminuye con la actitud o posición de la pierna.”⁹⁰

Pero, reconoció que si el paciente se rehúsa a movilizar la extremidad por dolor, ello constituye un elemento que puede hacer sospechar una fractura y justificar estudios imagenológicos; **“APODERADO DEMANDANTE: “Doctor, le estaba preguntando que si un paciente manifiesta dolor al extender su cadera, ¿si se debe de sospechar fractura en la cadera? Dr. RAMIRO TRUJILLO GONZÁLEZ: “Sí, si se rehúsa la movilización. Eso nos da una indicación de que tiene impotencia funcional, incapacidad para mover la extremidad de manera voluntaria. Es algo que nos debe hacer sospechar en una fractura. APODERADO DEMANDANTE: Entiendo, doctor ¿Y ante esa impotencia funcional y esa sospecha de fractura, cuál sería la conducta médica a seguir, doctor? Dr. RAMIRO TRUJILLO GONZÁLEZ: Pues, hacer estudios imagenológicos que se tengan disponibles. APODERADO DEMANDANTE: ¿Y cuáles serían esos estudios imagenológicos pertinentes de acuerdo a una fractura de cadera de la cual se sospecha? Dr. RAMIRO TRUJILLO GONZÁLEZ: Se puede pedir radiografías simples, radiografías con proyecciones**

⁹⁰ Ver archivo audiovisual “056Audiencia8” min. 00:08:15.

complementarias, tomografía. En el caso de que exista sospecha de fracturas ocultas, se puede pedir resonancia magnética o incluso hasta gamografías para identificar si existen lesiones ocultas.”⁹¹

Frente a la movilidad de un paciente en quien exista sospecha de fractura, **“Si tengo dudas de que el paciente tiene una lesión o no, se tienen que agotar los estudios complementarios antes. Si no tengo dudas de que un paciente no tiene una lesión, no tengo por qué limitar los esfuerzos para que se recupere el paciente.”⁹²**

En la parte final de la audiencia, el Juzgado volvió sobre el diagnóstico S300 y preguntó acerca de la conducta aconsejada cuando existe sospecha de lesión lumbosacra o pélvica; **“JUZGADO: Doctor Ramiro, cuando se tiene una contusión de la región lumbosacra y se sospecha de lesión en esta zona, se sospecha de lesión en esta zona, los procedimientos de urgencia para efectos de evitar secuelas, daños posteriores, ¿qué aconsejan? ¿Cómo se debe de tratar al paciente? Dr. RAMIRO TRUJILLO GONZÁLEZ: En cuanto a lo que es ese diagnóstico, nada más hacer la aclaración que estaba hecho desde mayo...Bueno, lo que se aconseja cuando se tiene la sospecha es confirmar o descartarla con estudios imagenológicos. Todo depende de qué es lo que se esté pensando en ese momento, pero lo ideal es hacer mínimo**

⁹¹ Ver archivo audiovisual “055Audiencia7” min. 01:54:53.

⁹² Ver archivo audiovisual “055Audiencia7” min. 01:28:44.

radiografías, idealmente una tomografía si se tiene la disponibilidad del recurso.”⁹³

Sobre las maniobras de movilización, ***“JUZGADO: ¿Se aconseja en esas circunstancias realizar maniobras de movimiento en el organismo del paciente? Dr. RAMIRO TRUJILLO GONZÁLEZ: Cuando se, es que esas maniobras forman parte de la exploración física. Una vez que se descartó lesiones en el esqueleto axial, es decir, en la columna, sí se puede y sí se debería de iniciar la movilización y retirar también los aparatos de inmovilización si ya se descartaron lesiones.”⁹⁴***

Ante la pregunta del Despacho, ***“JUZGADO: Solo entonces, para concretar doctor Ramiro, ¿solo cuando se tiene certeza de que no hay lesiones en la región lumbosacra, se puede mover, movilizar al paciente? Dr. RAMIRO TRUJILLO GONZÁLEZ: Sí, es que se puede movilizar durante las maniobras de exploración física iniciales en un escenario controlado, aunque el movimiento no debe de ser, por así decirlo, a libre demanda del paciente o de todas las personas. Las recomendaciones son claras que se puede movilizar al paciente en la evaluación, perdón, no se puede, se debe movilizar al paciente en la exploración física inicial para palpar la columna, que no tenga puntos gatillos. Si el paciente está inconsciente, se deben de hacer maniobras de compresión y distracción en la pelvis para ver si se identifica inestable y son maniobras que se hacen***

⁹³ Ver archivo audiovisual “056Audiencia8” min. 00:28:10.

⁹⁴ Ver archivo audiovisual “056Audiencia8” min. 00:29:17.

de una sola vez hasta que se descarte ya imagenológicamente. Y la exploración física y esa movilización inicial es para tratar de dirigir los estudios que se deben de realizar.”⁹⁵

Del testimonio técnico se permite fijar varios elementos relevantes para el análisis posterior; i) que al momento de la cirugía del 5 de julio de 2021 la fractura se encontraba parcialmente consolidada y fue necesario practicar osteotomía para liberar los fragmentos y procurar su reducción; ii) que alrededor de la lesión existía un importante proceso inflamatorio y fibrótico dentro del cual se encontraba incluido el nervio ciático, aunque no estaba roto ni seccionado; iii) que la artrosis postraumática se encontraba presente y su origen fundamental estaba asociado a la transferencia de energía producida por el accidente y al daño del cartílago; iv) que una cirugía realizada dentro de las primeras semanas hubiera resultado técnicamente más sencilla y permitiría iniciar antes la rehabilitación; y v) que el apoyo precoz de una fractura de estas características podía, en términos generales, favorecer desplazamiento o incluso luxación, sin que el testigo atribuyera de manera concreta el desplazamiento observado en este paciente a esa circunstancia.

Quedó expresado que la aparición de artrosis postraumática no depende exclusivamente del momento de la intervención; puede presentarse aun en pacientes intervenidos dentro de la primera semana y con reducciones anatómicas adecuadas, porque el

⁹⁵ Ver archivo audiovisual “056Audiencia8” min. 00:30:19.

determinante principal es la magnitud del trauma y la lesión cartilaginosa producida desde el evento inicial; frente al nervio ciático, distinguió entre el hallazgo de fibrosis alrededor de la estructura y la verdadera causa de una lesión neurológica; las fracturas de la pared posterior del acetábulo pueden comprometer ese nervio directamente por la transferencia de energía del trauma.

Estas precisiones muestran que varios de los hallazgos invocados por el recurrente —consolidación parcial, fibrosis, desplazamiento, artrosis y compromiso neurológico— no tienen una explicación causal a partir del sólo testimonio del Cirujano; algunos pueden corresponder al proceso de evolución de la fractura, otros al trauma inicial y otros eventualmente a factores posteriores; el testimonio técnico sirve para describir con detalle el estado en que encontró la articulación y las dificultades de la cirugía; no bastando para resolver cuál fue la causa médicamente más probable de cada una de las secuelas.

Será necesario confrontar esas afirmaciones y las de colegas médicos con los dictámenes periciales, porque son los llamados a ofrecer una valoración retrospectiva, integral y técnicamente fundamentada sobre la relación entre la lesión inicial, la evolución de la fractura, los hallazgos quirúrgicos y las secuelas posteriores.

Se examinará si las pericias permiten establecer, con el grado de probabilidad⁹⁶, que la consolidación viciosa, el

⁹⁶ Sentencia T-375-2025: *"Regla de decisión. Conforme a lo anterior, la Sala de Revisión fijó la siguiente regla de decisión: en los procesos de responsabilidad civil extracontractual médica, el juez debe realizar una valoración*

desplazamiento, la fibrosis, la afectación del nervio ciático, la artrosis postraumática y la necesidad posterior de prótesis guardan una relación causal predominante con la conducta asistencial cuestionada o si encuentran explicación en la gravedad de la fractura acetabular y de la lesión de la cabeza femoral ocasionadas en el accidente.

Ese examen pericial será determinante para responder el reparo central de la apelación; sólo a partir de una valoración conjunta de esos dictámenes, de su metodología, de las respuestas dadas en contradicción y de su concordancia con la historia clínica y los testimonios técnicos, podrá establecerse si la tesis causal propuesta por el recurrente supera el plano de la mera posibilidad y alcanza el estándar probatorio necesario para modificar la sentencia apelada.

Siguiendo orden de análisis, se encuentran los dictámenes elaborados por JUAN DIEGO ZAPATA SERNA, Médico Cirujano de la UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA, especialista en Salud Ocupacional y Abogado, quien intervino en el proceso a solicitud de la parte demandante; a diferencia de RAMIRO TRUJILLO GONZÁLEZ, no participó en la atención asistencial ni en la cirugía practicada a ELKIN LEONARDO ROLDÁN VARGAS; su conocimiento del caso fue retrospectivo a partir de la valoración que realizó al paciente en abril de 2022, de la historia clínica suministrada y de la documentación médica que examinó para la elaboración de sus experticias; en el expediente

integral de la atención médica prestada al paciente a partir del conjunto de pruebas obrantes dentro del expediente. Para ello, debe (i) analizar si la lex artis exige protocolos específicos de atención, teniendo en cuenta las condiciones clínicas particulares del paciente; (ii) valorar todos los hallazgos objetivos del informe de necropsia que evidencien la materialización del riesgo clínico y (iii) aplicar el estándar probatorio de probabilidad prevalente o preponderante para establecer el nexo causal entre las omisiones médicas y el resultado dañoso, sin exigir certeza absoluta."

obran, de una parte, la calificación de pérdida de capacidad laboral y de otra, el dictamen denominado ***“PRÁCTICA CLÍNICA DE ATENCIÓN EN URGENCIAS DE FRACTURA ACETABULAR.”***

Al comparecer a la audiencia de contradicción explicó que es Médico Cirujano desde 1999 y especialista en Salud Ocupacional desde 2015; trabaja como perito para la UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA y de manera independiente; había elaborado aproximadamente 1.300 dictámenes, una proporción importante relacionada con accidentes de tránsito; sobre su metodología, distinguió entre la calificación de pérdida de capacidad laboral, para la cual empleó la historia clínica, el examen físico, el Decreto 1507 de 2014 y la valoración médico-legal de la evolución de las lesiones, respecto de la cual acudió a literatura médica y bases bibliográficas; conoció personalmente a ELKIN LEONARDO en abril de 2022 y con anterioridad no había tenido relación alguna con él.

La primera de las experticias estuvo dirigida esencialmente a cuantificar las secuelas; registró como diagnósticos relevantes las secuelas osteoarticulares, el dolor crónico y la lesión del nervio ciático; a partir de la restricción de los movimientos de la cadera izquierda y del componente doloroso determinó una pérdida de capacidad laboral del 26,45%; efectuó examen físico, mediciones de movilidad y tuvo en consideración, entre otros elementos, el resultado de la electromiografía.

En la audiencia explicó la naturaleza de esa valoración y el momento en que la practicó; al preguntársele por el estado del paciente para abril de 2022, ***“en el momento en el que yo evalué el paciente la condición ya estaba estructurada porque precisamente yo no evalué un paciente ni tres ni cuatro meses posterior a un procedimiento quirúrgico sino después de que hace un proceso de rehabilitación, estamos hablando casi de un año...para ese momento las condiciones estaban dadas ahí...desde la parte articular ya estaban estructuradas, fusionadas y digamos definidas unas lesiones a nivel articular; entonces tenía una artrosis postraumática...por una consolidación viciosa o lo que se llama una fractura inveterada, es una fractura que ya está fusionada, digamos no de una manera pues muy adecuada, y que eso es lo que lleva que esa pérdida de anatomía o de congruencia articular lleve a que el paciente tenga ese deterioro importante en esa articulación.”***⁹⁷

La declaración permite establecer que para la fecha de la evaluación existían secuelas funcionales objetivables y la fractura había alcanzado un estado de consolidación que el perito calificó como vicioso o inveterado; ese extremo no ofrece dificultad; distinto es establecer cuál de los acontecimientos anteriores produjo esas consecuencias y qué proporción de ellas puede atribuirse al accidente, al curso natural de la lesión, al retardo diagnóstico, al apoyo de la extremidad o al procedimiento quirúrgico posterior; la calificación porcentual de

⁹⁷ Ver archivo audiovisual “051Audiencia3” min. 00:37:42.

la pérdida de capacidad laboral, por sí misma, demuestra la entidad del menoscabo, pero no identifica su causa jurídicamente imputable.

Sobre este último aspecto versó precisamente el segundo dictamen y buena parte de la contradicción. El experto explicó que las fracturas acetabulares susceptibles de tratamiento quirúrgico deben intervenir idealmente durante las primeras semanas; el transcurso del tiempo favorece la consolidación de los fragmentos en posiciones inadecuadas, ***“...entonces es recomendable realizar el tratamiento quirúrgico antes de la tercera semana esos tiempos que exponen normalmente los artículos que son basados en estudios sobre todo de ortopedia que están citados allí están dados en análisis y en los pronósticos que ellos han visto de cirugías que se hacen posteriores a los eventos cierto, porque toman ellos esa misma conclusión que no soy yo quien la toma eso es una transcripción textual de de uno de los artículos que está citado allí porque encuentran que cirugías posteriores a ese tiempo generalmente tienden a consolidarse y generan complicaciones posteriores como una fractura inveterada; una fractura inveterada es una fractura soldada, consolidada, pero de manera viciosa, o sea, de manera incongruente, y lo que genera una incongruencia articular es un daño secundario posterior de la articulación, una artrosis, un desgaste que definitivamente va a llevar a una disfuncionalidad del paciente.”***⁹⁸

⁹⁸ Ver archivo audiovisual “051Audiencia3” min. 01:26:44.

La afirmación constituye uno de los principales apoyos de la apelación; el diagnóstico tardío habría permitido que la fractura iniciara su consolidación antes de recibir el tratamiento Ortopédico correspondiente y ello explicaría la mayor dificultad encontrada durante la intervención del 5 de julio de 2021.

Con todo, durante el contrainterrogatorio se examinó la base científica concreta utilizada para esa afirmación; el perito reconoció que los trabajos citados en su dictamen respecto de ese punto correspondían a publicaciones de 1994 y 2004; explicó, no obstante, que ello no afectaba su pertinencia porque, a su juicio, se trataba de fenómenos fisiopatológicos y de cicatrización que no habían variado con el avance de las técnicas quirúrgicas; ***“Miren, hay cosas de la fisiopatología que no varían en el tiempo, incluso puede haber sido literatura del año 70...estas formas de cicatrización y fisiopatología no requieren una actualización al 2025, puesto que son procesos cicatriciales que tiene el cuerpo...las consecuencias de una fractura no alineada va a ser la misma...no se está hablando de una técnica quirúrgica...pero este tipo de evoluciones fisiopatológicas no varían en el tiempo.”***⁹⁹

La antigüedad de las referencias no autoriza a desechar la conclusión técnica; la explicación ofrecida permite comprender por qué el experto consideraba todavía aplicables esos estudios; lo relevante para el análisis causal es otro asunto; la regla acerca de que una intervención tardía dificulta la reducción de

⁹⁹ Ver archivo audiovisual “051Audiencia3” min. 02:31:29.

una fractura no equivale a demostrar que las secuelas particulares padecidas por ELKIN LEONARDO fueron producidas, predominantemente, por ese retardo.

Esta diferencia se hace más evidente al examinar la afirmación del perito sobre el desplazamiento de la fractura; interrogado acerca de las consecuencias que ocasionó la ausencia de diagnóstico oportuno; ***“pues se generó una pérdida de la congruencia articular, hubo una pérdida incluso del largo de la extremidad, la extremidad presentó un acortamiento porque prácticamente la cabeza del fémur casi que se pasó a la cavidad pélvica, porque además ante el desconocimiento que tenía él de la lesión que tenía y el desconocimiento que tenían los médicos de lo que tenía, el paciente salió apoyando la pierna, sí la puede apoyar, la puede apoyar, es apoyar su pierna y cada vez la cabeza del fémur se metía más en esa pared posterior fracturada a punto de que prácticamente la cabeza del fémur casi que estaba metida en la pelvis...”***¹⁰⁰

Más adelante insistió; ***“el paciente salió de urgencias que debió haber sido traccionado porque tuvo una fractura del techo acetabular...se debió haber traccionado y el paciente debió haber estado en reposo con una tracción esquelética para evitar hacerle presión al techo acetabular que estaba lesionado y no salir apoyando el pie...apoyar el pie es lograr que prácticamente la cabeza del fémur se pasara a la pelvis de cuenta de esa mala prescripción o ese error en***

¹⁰⁰ Ver archivo audiovisual “051Audiencia3” min. 01:28:50.

el diagnóstico...si el paciente hubiera sido traccionado de manera temprana, diagnosticado de manera temprana, el paciente no estaba deambulando apoyando su pierna.¹⁰¹

Estas respuestas sí contienen una atribución causal, según ZAPATA SERNA, permitir el apoyo de la extremidad lesionada favoreció la migración de la cabeza femoral y el agravamiento de la incongruencia; inferencia que el recurrente propone acoger.

La contradicción del dictamen, empero, reveló una limitación relevante de esa conclusión; cuando la defensa indagó por los estudios imagenológicos practicados durante la atención inicial, el experto señaló que había revisado el informe radiológico de la resonancia de columna lumbosacra y explicó que ese examen no mostraba la fractura acetabular por su delimitación anatómica; al preguntársele si había examinado la imagen correspondiente, ***“APODERADO DEMANDADO: ¿Usted revisó la placa del TAC? Dr. JUAN DIEGO ZAPATA SERNA: No.”***¹⁰²

El perito conoció los reportes consignados en la historia clínica, no efectuó una comparación entre un estudio inicial que mostrara la posición de los fragmentos acetabulares inmediatamente después del accidente y otro posterior que permitiera observar su desplazamiento progresivo; de ahí que su afirmación que el apoyo de la extremidad produjo aquel desplazamiento no derive de la constatación radiológica

¹⁰¹ Ver archivo audiovisual “051Audiencia3” min. 02:39:17.

¹⁰² Ver archivo audiovisual “051Audiencia3” min. 02:51:18.

secuencial del fenómeno en el paciente sino de una reconstrucción retrospectiva.

Esto no convierte la opinión en irrelevante; sí impide asignarle el alcance demostrativo que propone el recurrente; una cosa es afirmar que apoyar una extremidad con una fractura acetabular puede contribuir a desplazarla y otra demostrar que ese fue el mecanismo que produjo el desplazamiento, especialmente cuando la gravedad y el desplazamiento podían guardar relación con la energía transmitida durante el trauma inicial, cuestión sobre la cual los demás profesionales ofrecieron explicaciones diferentes.

Similar dificultad se advierte respecto de la lesión del nervio ciático, otro de los puntos centrales del recurso. Al explicar gráficamente la relación anatómica entre el acetábulo y el nervio, ZAPATA SERNA indicó que este último discurre próximo a la zona comprometida, que los fragmentos óseos y el proceso cicatricial se encontraban alrededor de aquella estructura; preguntado por la afectación neurológica, ***“no porque digamos que no hubo una sección del nervio ciático, porque el paciente no tuvo ninguna sintomatología de la lesión del ciático de manera temprana; fue posterior a la cirugía porque es que en el proceso de fibrosis que se da allí posterior a cirugía, posiblemente en la disección que se hace el nervio ciático, que se llama neurólisis, que es bastante compleja porque la fibrosis, el tejido fibrótico, es del mismo color del nervio...ahí hay fibras que se compromete y es lo que en consecuencia terminó con que***

una de esas fibras, porque no fue en la totalidad del nervio ciático, fue una lesión parcial del nervio ciático.”¹⁰³

La apelación procura construir una secuencia conforme con la cual retardo diagnóstico → fibrosis → atrapamiento del nervio → lesión neurológica; la explicación del experto no fue tan concluyente; situó la aparición clínica de la lesión en un momento posterior y al explicar su mecanismo, utilizó expresamente una hipótesis adicional, ***“posiblemente en la disección”*** efectuada durante la neurólisis pudieron comprometerse fibras nerviosas.

Así, el perito introdujo una alternativa causal distinta de la sola permanencia de la fractura sin diagnóstico; su respuesta no permite afirmar que el déficit neurológico haya sido producido directamente por el atrapamiento fibrótico generado durante las semanas anteriores a la cirugía; reconoció la posibilidad de compromiso durante la manipulación quirúrgica del nervio.

Cuando se le preguntó, si conocía el porcentaje de fracturas acetabulares que desarrollaban fibrosis con afectación del ciático, ***“No, eso no lo tengo claro.”¹⁰⁴***

Se interrogó al perito acerca de la prótesis total de cadera que ELKIN LEONARDO recibió en 2023; esa circunstancia era posterior a la evaluación realizada y a la documentación médica que tuvo disponible para elaborar su calificación; indicó que la

¹⁰³ Ver archivo audiovisual “051Audiencia3” min. 02:51:18.

¹⁰⁴ Ver archivo audiovisual “051Audiencia3” min. 02:39:10.

historia analizada llegaba hasta abril de 2022 y que no tenía conocimiento de documentación posterior.

Cuando el Juzgado le puso de presente la cirugía protésica posterior, ***“pues una prótesis de cadera lo que busca es tratar de mejorar un poco la funcionalidad de un paciente; sin embargo, no es frecuente que ofrezcan prótesis de cadera a pacientes jóvenes porque las prótesis de cadera tienen una vida útil digamos restringida o limitada...por más que una prótesis le mejorara digamos algo de la discapacidad, de la funcionalidad articular, no creo que le va a recuperar grandes aspectos de su vida previa...”***¹⁰⁵

La explicación acredita la trascendencia funcional de una sustitución protésica y las limitaciones que puede conservar un paciente joven después de ella; no establece que la necesidad de aquella prótesis haya sido causada por el retardo diagnóstico de 56 días; el procedimiento no había ocurrido cuando el perito examinó al demandante y elaboró sus dictámenes; de su calificación inicial no puede desprenderse retrospectivamente, sin un análisis técnico adicional, que el reemplazo articular de 2023 fuese consecuencia necesaria o predominantemente atribuible a la atención prestada en mayo de 2021.

Frente a lo explicado por RAMIRO TRUJILLO GONZÁLEZ, quien sí examinó la articulación y realizó la cirugía del 5 de julio; para ese especialista la posibilidad de reemplazo articular se contempló desde julio de 2021 debido a los cambios

¹⁰⁵ Ver archivo audiovisual “051Audiencia3” min. 00:40:29.

degenerativos avanzados presentes y relacionó el daño cartilaginoso primordial con la transferencia de energía del accidente; la artrosis postraumática puede aparecer en pacientes operados durante la primera semana y con reducciones anatómicas satisfactorias; de ahí que la circunstancia posterior de haber requerido prótesis no permita, por sí misma, identificar el retardo diagnóstico como su causa.

La experticia de ZAPATA SERNA aporta elementos relevantes al proceso; acredita técnicamente la existencia y magnitud de las secuelas; explica que para abril de 2022 existía limitación funcional de la cadera, dolor neuropático y pérdida de capacidad laboral; muestra que el transcurso del tiempo torna más compleja la reducción de una fractura consolidada y ofrece una explicación médicamente posible acerca de la incidencia del apoyo de la extremidad y de la fibrosis sobre las estructuras vecinas; el dictamen de pérdida de capacidad laboral calificó la alteración de la movilidad de la cadera y dolor crónico a partir de los parámetros del Decreto 1507 de 2014.

Lo que no proporciona con igual grado de certeza es la individualización causal de cada secuela; quedó establecido que la inferencia relativa al desplazamiento no estuvo fundada en una comparación personal de estudios imagenológicos iniciales y posteriores; respecto del nervio ciático admitió una posible incidencia de la neurólisis y no pudo precisar la frecuencia con que la fractura genera fibrosis, compromiso neurológico y la prótesis de 2023 fue posterior al material clínico empleado para sus dictámenes.

No sería correcto desestimar las experticias de JUAN DIEGO ZAPATA SERNA ni desconocer sus conclusiones por el sólo hecho de no ser especialista en Ortopedia; su formación médica le permitía emitir conceptos dentro del ámbito de su conocimiento y explicar la evolución fisiopatológica que estudió; aun así, no puede atribuírseles, aisladamente consideradas, la aptitud para resolver el problema causal en los términos propuestos en la apelación; reconoció que existen materias en las cuales su idoneidad encuentra límites; su aproximación fue retrospectiva, mientras que otros profesionales tuvieron conocimiento directo de la lesión, de las imágenes y de los hallazgos operatorios.

Del dictamen pueden fijarse varios elementos para el análisis posterior i) para abril de 2022 existían secuelas objetivas y consolidadas que determinaron una pérdida de capacidad laboral del 26,45%; ii) la fractura había evolucionado hacia una consolidación que el perito calificó de viciosa o inveterada; iii) una intervención dentro de las primeras semanas resultaba, según la literatura por él consultada, técnicamente más favorable que una cirugía practicada cuando existe consolidación; iv) el apoyo de la extremidad podía constituir un mecanismo capaz de aumentar el desplazamiento, aunque el perito no comprobó ese fenómeno mediante comparación directa de las imágenes iniciales y posteriores; v) la afectación del nervio ciático fue constatada, pero su explicación causal no quedó circunscrita inequívocamente a la fibrosis derivada del retardo, introdujo como posibilidad la manipulación durante la neurólisis; y vi) la necesidad del reemplazo articular posterior

no fue materia de un análisis causal específico en los dictámenes elaborados antes de que ese procedimiento ocurriera.

Así, las conclusiones de ZAPATA SERNA fortalecen la posibilidad médica de que el supuesto diagnóstico tardío haya incidido en determinados aspectos de la evolución de la fractura, particularmente en la dificultad de su reducción y en el retraso del inicio del tratamiento; aun así, no permiten establecer que la consolidación defectuosa, la artrosis postraumática, la lesión del nervio ciático y la posterior necesidad de prótesis sean con predominio causal consecuencias de la conducta asistencial cuestionada y no manifestaciones derivadas de la gravedad intrínseca del trauma acetabular por el accidente de tránsito.

La determinación de ese extremo exige confrontar esta experticia con el dictamen contradicho de CLARA INÉS TRUJILLO GONZÁLEZ, Médica Especialista en Ortopedia y Traumatología, docente universitaria y perito del CENTRO DE ESTUDIOS EN DERECHO Y SALUD DE LA UNIVERSIDAD CES; en el dictamen escrito concluyó que ELKIN LEONARDO ROLDÁN VARGAS sufrió, con ocasión del accidente de tránsito, fracturas del acetábulo y de la cabeza femoral izquierda, posteriormente sometidas a reducción abierta y osteosíntesis; dos años después requirió reemplazo total de cadera por persistencia del dolor; finalmente conceptuó que las actuaciones de los médicos de la CLÍNICA LAS VEGAS fueron adecuadas y conformes con la *lex artis*; para sustentar su experticia acudió,

entre otras fuentes, a textos especializados sobre fracturas de pelvis y acetábulo y a literatura relativa al tratamiento de fracturas acetabulares inveteradas.

Explicó que es Médica de la UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA, especialista en Ortopedia y Traumatología de la UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA y especialista en Ortopedia Pediátrica; durante aproximadamente 10 u 11 años atendió urgencias ortopédicas en diferentes instituciones; conoció innumerables pacientes víctimas de accidentes de tránsito; rindió alrededor de 40 dictámenes en asuntos de ortopedia y traumatología; para elaborar la experticia, revisó íntegramente la historia clínica, reconstruyó cronológicamente la atención y confrontó los hallazgos con la literatura especializada.

Al explicar lo encontrado en la historia clínica, realizó una reconstrucción que permite establecer cuál fue, desde su perspectiva especializada, la entidad traumática de la lesión, ***"Bueno, yo encontré que el señor ELKIN LEONARDO HERNÁN VARGAS, el día 6 de mayo del 2021, tuvo un accidente de tránsito como conductor de motocicleta, fue golpeado por un carro y cayó hacia el lado izquierdo y tuvo un trauma en todo el hemicuerpo izquierdo, presentó un trauma en la región lumbar. Las traumas principales que tuvo fueron en la mano izquierda, en la región lumbar, o sea, en la cintura del lado izquierdo, en la pierna y en el pie de ese lado. Presentaba una herida en la pierna la describen como de unos 5 por 4 centímetros, que sangraba profusamente en el momento del accidente. Fue trasladado***

a la Clínica Las Vegas, donde entró por el servicio de urgencias y allí...el paciente ingresó consciente, orientado, hemodinámicamente estable, sangrando por la herida que tenía en la pierna, estaba con mucho dolor, sobre todo en la región lumbar y, bueno, no tenía ningún otro hallazgo en el examen físico. El paciente estaba, como digo, consciente, estable y no tenía ninguna lesión aparentemente neurológica. Él podía mover sus extremidades, no tenía hormigueos en las piernas.”¹⁰⁶

Manifestó que se realizaron estudios de columna lumbosacra, mano, pierna y pie izquierdos; la tomografía de columna no mostró una lesión traumática aguda que explicara el dolor y que, ante su persistencia, el paciente fue seguido por neurocirugía; se ordenó electromiografía, estudio que, según la perito, evidenciaba una lesión de la rama peroneal del nervio ciático antes de la cirugía acetabular; ***“En la electromiografía se vio que el paciente tenía una lesión de la rama peroneal del nervio siático, eso probablemente le producía un dolor neuropático en su pierna, que es de lo que él se estaba quejando. Bueno, lesión del nervio fibrular izquierdo y la resonancia magnética mostró simplemente lo mismo que ya habían visto en el TAC, que era que había unas protrusiones de los discos que no eran significativas y que no tenía ningún otro hallazgo importante pues que explicara ese dolor.”***¹⁰⁷

¹⁰⁶ Ver archivo audiovisual “057Audiencia9” min. 00:20:28.

¹⁰⁷ Ver archivo audiovisual “057Audiencia9” min. 00:25:42.

Este aspecto resulta relevante frente al reparo que atribuye la lesión neurológica al atrapamiento del nervio por fibrosis encontrado durante la cirugía del 5 de julio; el recurrente cuestiona la afirmación de la perito señalando que el diagnóstico codificado G570 aparece el 3 de julio de 2021; no obstante, una cosa es la fecha de incorporación formal de un diagnóstico en la historia clínica y otra el momento en que un estudio electrofisiológico había evidenciado alteración en una rama del nervio; la perito reconoció que la lesión, ***“Entonces la lesión del nervio ciático inclusive se diagnosticó mucho antes de la cirugía”***¹⁰⁸, aunque el recurrente discrepa de esa valoración.

La relevancia de la electromiografía no puede ser soslayada, si existía alteración electrofisiológica antes de la cirugía reconstructiva, el hallazgo intraoperatorio posterior de fibrosis alrededor del nervio no demuestra, por sí solo, que aquella fibrosis hubiese originado la lesión neurológica.

La perito expuso después, la entidad de la lesión identificada finalmente en julio; el paciente no presentó solamente fractura acetabular sino una lesión de la cabeza femoral, ***“Tenía además una fractura no solamente del acetábulo, que es la cavidad que aloja la cabeza del fémur, sino que la cabeza del fémur también tenía una fractura importante pues en su parte superior. Entonces le ordenaron evaluación por un ortopedista dicen ahí de módulo de pelvis y acetábulo La pélvice y el acetabulo no son fracturas comunes y***

¹⁰⁸ Ver archivo audiovisual “057Audiencia9” min. 01:30:47.

generalmente hay personas que son expertas, digámoslo entre comillas, en realizar ese tipo de cirugía. Digo entre comillas porque es que como esas cirugías no son tan comunes, lograr una experticia en ese tema no es lo más fácil, pero hay personas en la ciudad que se dedican a hacer ese tipo de cirugías. Entonces ese doctor le encontró pues la fractura del acetábulo, disminución del espacio articular, una deformidad de la cabeza femoral y ya le explicó al paciente que el pronóstico de esa cadera pues era regular en vista de la lesión severa que presentaba.”¹⁰⁹

A partir de esos hallazgos, el equipo tratante discutió dos alternativas; i) reconstruir la articulación o ii) proceder directamente al reemplazo; se decidió intentar primero el rescate articular por la edad del paciente y porque esa reconstrucción permitiría, si posteriormente era necesaria una prótesis, contar con una anatomía acetabular más favorable; **“También lo vieron en conjunto con los ortopedistas que hacen reemplazos articulares allá en la clínica Las Vegas y la decisión conjunta fue que era mejor primero operar el acetábulo para hacerlo congruente y que en el futuro cuando el paciente fuese a requerir una prótesis de cadera, o sea un reemplazo total de la cadera, que era lo que más probable, lo más adecuada para recibir lo que se llama la copa acetabular y que esa cirugía de reemplazo fuera una cirugía más fácil de hacer. Entonces el 5 de julio del 21 es decir dos meses después del trauma, se llevó a cirugía, se le hizo la osteosíntesis del acetábulo que pues**

¹⁰⁹ Ver archivo audiovisual “057Audiencia9” min. 00:27:02.

ya presentaba signos de consolidación, o sea que ya había como callos entre los fragmentos. Sin embargo, según la descripción dicen que lograron pues volver a armar la cavidad y la cadera quedó, disculpen congruente. Congruente quiere decir que la cabeza del fémur quedó adecuadamente posicionada dentro de la cavidad que se llama el acetábulo."¹¹⁰

El recurrente construye parte de su argumento sobre la idea de que la consolidación defectuosa hizo irreversible el daño anatómico y condujo a la prótesis; la perito destacó que la reconstrucción sí estableció la congruencia acetabular y gracias a ello, la cirugía protésica posterior pudo realizarse sobre una anatomía reconstruida.

Cuando se abordó el pronóstico de las fracturas acetabulares complejas, la especialista introdujo una precisión determinante para el análisis causal; la gravedad intrínseca de la fractura tiene capacidad suficiente para llevar al paciente a una artrosis y eventualmente a una prótesis, aun con tratamiento temprano y técnicamente correcto; el Juzgado resumió esa explicación en la sentencia, pero la declaración original fue más explícita; ***“Bueno, primero tengo que decirle al señor juez que una fractura de acetábulo en sí ya es de mal pronóstico con respecto a la cadera. Si un día usted tiene que escoger qué parte del cuerpo no fracturar, se escoja esa, porque esas fracturas, a pesar de ser operadas y quedar muy bien operadas, el riesgo de que ese paciente haga un daño de la***

¹¹⁰ Ver archivo audiovisual “057Audiencia9” min. 00:28:11.

cadera a corto plazo, es decir, una artrosis, es altísimo y la gran mayoría de los pacientes con fracturas complejas del acetábulo terminan en prótesis de cadera, así hayan sido operados por un cirujano de pelvis experto y al día siguiente de la fractura. Pero obviamente es que el pronóstico de un paciente operado al día siguiente o en la semana siguiente o en las dos semanas siguientes de una fractura de acetábulo, pues el pronóstico es mejor con respecto al que se opera con una fractura después de tres semanas".¹¹¹

La declaración establece dos proposiciones distintas que no pueden confundirse; una intervención temprana ofrece un mejor pronóstico relativo, ello no significa que elimine el riesgo de artrosis o de reemplazo articular; el Juzgado recogió que la experta explicó que un ortopedista de pelvis y acetábulo no puede asegurar que una operación practicada al día siguiente evite posteriormente la prótesis.

Cuando el interrogatorio se concentró en establecer cuál era, en este paciente, la causa médicamente más segura del reemplazo total de cadera, la respuesta fue más concluyente, ***“Es decir, yo no le puedo asegurar a usted que el haberse operado dos meses después fue la consecuencia de que el paciente hubiera terminado en una prótesis de cadera ya, pues es lo más probable, pero lo más probable es que él terminó no en la prótesis de cadera, porque tuvo una fractura de acetábulo. Es eso. Pues finalmente esa es la conclusión. Y***

¹¹¹ Ver archivo audiovisual “057Audiencia9” min. 01:05:45.

eso sí es certeza. Tuvo una fractura de acetábulo que lo llevó a una prótesis de cadera. ¿Pero que porque se haya operado tardíamente, necesariamente terminó en la prótesis de cadera? No necesariamente. Pudo haber sido que la fractura era simple o sencilla, se operó, quedó súper bien. La prótesis de cadera no la necesitó nunca o la necesitó a los 60 años, cierto. Pero yo no le puedo nunca dar certezas. No, en medicina no funciona la cosa de esa manera.”¹¹²

Explicó la razón fisiopatológica, **“Las fracturas de acetábulo por sí solas dañan o lesionan mucho el cartílago del acetábulo. El cartílago es un tejido que cubre toda la cavidad por dentro y también cubre la cabeza del fémur...cuando hay alguna cosa que a uno le lesiona ese cartílago, el cartílago no tiene posibilidades de regenerarse. Él no se regenera...Entonces, eso empieza a deteriorarse. Es decir, se empieza a dañar el cartílago por ahí y se va extendiendo el daño y el daño y eso va haciendo que si se pierde el cartílago, se va exponiendo el hueso. Entonces, empieza a rozar la cabeza del fémur contra hueso y hueso contra hueso, eso ya no funciona porque son dos superficies rugosas que están ahí en contacto y hacen que el paciente tenga dolor y que llegue un momento en que no es capaz de mover la cadera. Entonces, ¿por qué la fractura del acetábulo y de la cabeza femoral inciden en que el paciente tenga en el**

¹¹² Ver archivo audiovisual “057Audiencia9” min. 01:18:10.

futuro una prótesis de cadera? Porque se les daña el cartílago articular, que es la vida de la articulación.”¹¹³

La explicación guarda plena concordancia con lo declarado por RAMIRO TRUJILLO GONZÁLEZ, Cirujano que observó directamente la articulación; atribuyó la lesión cartilaginosa fundamental a la transferencia de energía producida por el accidente; la artrosis postraumática puede presentarse incluso en pacientes operados en la primera semana; el principal predictor es la magnitud de la fuerza traumática y el daño sufrido por el cartílago en ese instante.

Coincide con lo explicado por CAMILO ANDRÉS CABEZAS AZUERO; señaló que la lesión cartilaginosa depende de la entidad del trauma y que una intervención dentro de las primeras tres semanas facilita la reducción anatómica, pero no impide que posteriormente aparezca artrosis postraumática.

Cuando fue interrogada por el Despacho sobre ese punto, ***“JUZGADO: En el caso concreto del señor Elkin Leonardo, ¿se presentó la fractura que afectó el cartílago? Dra. CLARA INÉS TRUJILLO GONZÁLEZ Sí, por supuesto. El tener una fractura de acetábulo le quiere decir a uno que por alguna fuerza la cabeza femoral chocó contra el acetábulo en alguna posición que hizo que ese acetábulo se fracturara, entonces tuvo que haber tenido un impacto muy grande. (1:21:58) El solo impacto y el desplazamiento***

¹¹³ Ver archivo audiovisual “057Audiencia9” min. 01:19:32.

de los fragmentos, si hubo desplazamiento, hace que ese cartílago se lesione.”¹¹⁴

Esta concordancia entre los especialistas adquiere mayor fuerza probatoria que una lectura aislada de expresiones referidas a que una cirugía temprana es ideal o tiene mejor pronóstico que aquellas expresiones describen una ventaja terapéutica relativa; no acreditan que, en ausencia de esa ventaja, las secuelas se hayan producido por una conducta asistencial y no por la fractura misma.

La perito expresó con detalle, cuándo se puede perder el recubrimiento del cartílago, **“Se puede perder de un día para otro en un trauma. Por ejemplo, a este paciente, con el trauma que tuvo, perdió un fragmento de la cabeza del fémur osteocondral, es decir, de hueso y cartílago.”¹¹⁵**

Al tratar de explicar cómo pudo producirse esa pérdida, hizo una hipótesis sobre una luxación posterior; ante la pregunta específica del apoderado reconoció con rigor, **“Eso es una suposición, yo no tengo ninguna evidencia.”¹¹⁶**

Inmediatamente diferenció la hipótesis sobre el mecanismo de la certeza sobre la lesión, **“Bueno, en ese punto ya si no estamos suponiendo porque en la resonancia se vio que él perdió un pedazo de cartílago, lo que estamos suponiendo es cómo lo perdió, de qué manera, porque uno no tiene por**

¹¹⁴ Ver archivo audiovisual “057Audiencia9” min. 01:21:35.

¹¹⁵ Ver archivo audiovisual “058Audiencia10” min. 00:18:28.

¹¹⁶ Ver archivo audiovisual “058Audiencia10” min. 00:20:50.

qué perder un pedazo de cadera de cabeza del fémur así porque sí, entonces presumimos que fue al salir del acetábulo, pero sin lugar a dudas él perdió un pedazo del cartílago y del hueso de la cabeza del fémur y le quedaba la otra parte, si una esfera es 360 grados se pierde un porcentaje, 10-20% pues le queda el 80% del resto.¹¹⁷

La experta no presentó como certeza aquello que no podía demostrar; distinguió entre el hecho objetivo —pérdida osteocondral de la cabeza femoral— y la hipótesis sobre el mecanismo preciso que la produjo.

En relación con la artrosis postraumática reiteró que se trata de una afectación progresiva, pero que la pérdida inicial de cartílago puede ocurrir inmediatamente con un trauma severo; ***“La artrosis es el desgaste de la articulación...cuando han tenido un trauma que ha comprometido la superficie articular...en la cadera en específico, cuando hay fracturas del acetábulo, que se lesiona el cartílago, ese cartílago lesionado lleva a una artrosis, o sea, un desgaste de la cadera secundario a ese trauma.”***¹¹⁸

Y ante la pregunta de si el cartílago se pierde progresivamente o de manera inmediata, ***“Se puede perder de un día para otro en un trauma. Por ejemplo, a este paciente, con el trauma que tuvo, perdió un fragmento de la cabeza del fémur osteocondral, es decir, de hueso y cartílago.”***¹¹⁹

¹¹⁷ Ver archivo audiovisual “058Audiencia10” min. 00:21:34.

¹¹⁸ Ver archivo audiovisual “058Audiencia10” min. 00:02:29.

¹¹⁹ Ver archivo audiovisual “058Audiencia10” min. 00:18:28.

Esto resulta sustancial porque la sustentación del recurso atribuye los **“cambios francos de artrosis postraumática”** encontrados posteriormente a la evolución producida durante los 56 días; la prueba especializada, permite una lectura diferente; el proceso artrósico puede progresar con el tiempo, pero su sustrato causal —la lesión del cartílago— podía estar instalado desde el trauma inicial.

El recurso atribuye la lesión neurológica a la fibrosis generada alrededor de la fractura; para apoyar esa tesis cita la respuesta de CLARA INÉS TRUJILLO cuando el Juzgado preguntó cuáles de los hallazgos quirúrgicos podían haberse evitado con una cirugía dentro de las primeras tres semanas; la experta contestó; **“Tal vez el de la fibrosis rodeando al nervio ciático.”**¹²⁰

La expresión utilizada, **“tal vez”** no afirmó que la fibrosis fue necesariamente evitable ni menos que esa fibrosis fuese la causa cierta del déficit neurológico.

Por el contrario, durante su explicación señaló que una lesión del nervio ciático puede producirse directamente al momento del accidente por la proximidad de esa estructura con la cara posterior de la cadera; **“Es que ese es el mecanismo, si la cabeza del fémur está aquí y se luxa hacia atrás lo primero que encuentra es el nervio ciático, por eso la principal lesión que se produce en un paciente que se le**

¹²⁰ Ver archivo audiovisual “057Audiencia9” min. 01:30:29.

luxa la cadera y la cadera se luxa en el 90% de los casos hacia atrás, es la lesión del nervio ciático.¹²¹

Esto coincide con RAMIRO TRUJILLO quien explicó que las fracturas posteriores del acetábulo se asocian con lesiones del nervio ciático por transferencia de energía; y con CAMILO CABEZAS, quien señaló que el traumatismo puede producir contusión e inflamación neurológica aun independientemente de la posterior consolidación.

La historia clínica registra un dato que debilita la secuencia causal propuesta en la apelación; la electromiografía practicada antes de la cirugía evidenciaba lesión de la rama peroneal del nervio ciático, circunstancia relatada por CLARA INÉS TRUJILLO durante la reconstrucción cronológica del caso.

Por ello, la presencia de fibrosis alrededor del nervio durante la cirugía no puede ser convertida en causa de la lesión; la fibrosis demuestra una respuesta cicatricial alrededor de la zona traumatizada; el déficit neurológico podía tener origen traumático previo, máxime cuando existía evidencia electrofisiológica antes de la intervención (dolor lumbar manifestado por el demandante en la atención inicial).

El recurrente sostuvo que la indicación del 10 de mayo de 2021 según la cual el paciente ***“puede caminar”*** provocó el desplazamiento de la fractura.

¹²¹ Ver archivo audiovisual “058Audiencia10” min. 00:45:55.

Durante el interrogatorio, la perito reveló en términos generales que una fractura acetabular diagnosticada no debe someterse a apoyo; ***“No, por supuesto que no, sobre todo si no se operó...si un paciente tiene una fractura de acetábulo diagnosticada, ese paciente está en la cama hasta que se opere, así esté la fractura desplazada, no desplazada, como sea, es que el paciente no se puede parar.”***¹²²

Explicó que una fractura inicialmente no desplazada puede desplazarse por efecto del apoyo, ***“Si uno tiene un paciente con una fractura que no está desplazada del acetábulo, y uno toma la decisión de que no lo va a operar, sino que lo va a esperar a que eso sane solo...ese paciente no puede apoyar esa extremidad, porque si apoya la extremidad, desplaza la fractura. Y yo creo, creo que eso fue lo que pasó con este paciente.”***¹²³

Y posteriormente reiteró, ***“Con los movimientos de la cadera puede desplazarse...y puede desplazar la fractura...Eso es lo que probablemente sucedió en este caso,”***¹²⁴

La construcción lingüística de la experta delimita el alcance probatorio, ***“yo creo”, “probablemente”***; no se trató de una constatación derivada del caso; fue una hipótesis clínica construida a partir de la circunstancia de que la fractura no fue advertida inicialmente y que posteriormente se encontró desplazada.

¹²² Ver archivo audiovisual “058Audiencia10” min. 00:50:35.

¹²³ Ver archivo audiovisual “058Audiencia10” min. 00:32:09.

¹²⁴ Ver archivo audiovisual “058Audiencia10” min. 00:32:47.

RAMIRO TRUJILLO aunque reconoció que un apoyo precoz puede ocasionar desplazamiento o incluso luxación, cuando describió lo observado durante la cirugía no atribuyó el desplazamiento a la marcha, sino que se limitó a constatar que el fragmento de la pared posterior no se encontraba en su posición anatómica.

Tampoco JUAN DIEGO ZAPATA SERNA pudo demostrar la progresión del desplazamiento; como quedó analizado, reconoció que no revisó la placa inicial para efectuar una comparación directa.

Por tanto, la hipótesis de orden de caminar → desplazamiento → mayor lesión → prótesis, no supera el plano de una posibilidad científicamente concebible.

Otro aspecto que debe resaltarse es que el procedimiento del 5 de julio no fue inútil ni dejó irremediablemente pérdida la anatomía; la perito explicó que aunque existían signos de consolidación, la reconstrucción consiguió nuevamente la congruencia; ***“Según la descripción dicen que lograron pues volver a armar la cavidad y la cadera quedó...congruente. Congruente quiere decir que la cabeza del fémur quedó adecuadamente posicionada dentro de la cavidad que se llama el acetábulo.”***¹²⁵

Y la estrategia fue precisamente realizar primero la osteosíntesis para facilitar una eventual prótesis posterior; la consecuencia

¹²⁵ Ver archivo audiovisual “057Audiencia9” min. 00:29:03.

positiva fue que cuando requirió el reemplazo, la anatomía del acetábulo estaba restablecida debido a la reconstrucción previa.

Debilita la tesis que la cirugía practicada en julio, efectuada después de las primeras tres semanas, hubiera dejado una consolidación anatómica irremediablemente defectuosa causalmente conectada con el reemplazo total de 2023.

Existe un hecho posterior que no fue desarrollado en la sentencia de primera instancia y que debe ser ponderado con cautela, precisamente porque impide presentar como lineal e ininterrumpida la cadena causal propuesta por el recurrente.

En historia clínica correspondiente al 3 de agosto de 2022 se registró un nuevo accidente, cuando ELKIN LEONARDO conducía bicicleta; la atención médica da cuenta de un trauma de entidad suficiente para ocasionar traumatismo craneoencefálico leve, fractura del cigomático izquierdo y herida sangrante en la ceja ipsilateral.

CLARA INÉS TRUJILLO llamó la atención sobre ese episodio durante la sustentación de su dictamen, ***“Bueno, llama la atención que el paciente...el 3 de agosto del 22 tuvo una caída en bicicleta, bajaba por la loma del escobero y al frenar se fue hacia adelante, tuvo un trauma en la cara, en la clavícula y en el hombro, una pérdida del conocimiento y amnesia de todo pues de lo que le pasó...”***¹²⁶

¹²⁶ Ver archivo audiovisual “057Audiencia9” min. 00:29:50.

Y agregó un aspecto funcional que tampoco puede desconocerse, ***“Bueno, el paciente ya en abril del 2023, según su evolución, pues...al parecer hacía su vida normal, pues montaba en bicicleta bajando por la loma del escobero...”***¹²⁷

Este episodio tiene dos consecuencias probatorias; i) para agosto de 2022 más de un año después de la cirugía reconstructiva, ELKIN LEONARDO tenía capacidad funcional suficiente para montar bicicleta y descender por la Loma del Escobero; dato objetivo que no armoniza con una lectura según la cual desde la cirugía de julio de 2021 existía una incapacidad funcional progresiva e irreversible directamente causada por la atención asistencial cuestionada; y ii) entre la cirugía reconstructiva y la prótesis total de junio de 2023 ocurrió un nuevo accidente traumático sobre el hemicuerpo izquierdo, con entidad suficiente para producir fractura facial y lesiones en hombro y clavícula; la historia clínica consultada no permite afirmar que ese accidente hubiera lesionado específicamente la cadera ni existe en los dictámenes una conclusión científica que lo identifique como causa de la artroplastia; por eso la Sala no puede afirmar que aquella caída haya causado la necesidad de la prótesis; sin embargo, es un acontecimiento intercurrente que impide construir una cadena causal exclusiva y automática entre las atenciones de mayo de 2021 y la cirugía protésica realizada más de dos años después; para atribuirla exclusivamente a la conducta de la demandada era indispensable excluir razonablemente tanto la evolución natural

¹²⁷ Ver archivo audiovisual “057Audiencia9” min. 00:30:37.

de la fractura articular como la incidencia de acontecimientos posteriores.

La perito especializada atribuyó con certeza el reemplazo, a la fractura acetabular y de cabeza femoral, no a la fecha en que fue practicada la primera cirugía; ***“Y eso sí es certeza. Tuvo una fractura de acetábulo que lo llevó a una prótesis de cadera. ¿Pero que porque se haya operado tardíamente, necesariamente terminó en la prótesis de cadera? No necesariamente.”***¹²⁸

A esas conclusiones se suma el informe técnico allegado por la Facultad de Medicina de la UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA, elaborado por GUILLERMO SALAZAR SERRANO, Ortopedista de la misma universidad, Cirujano de Pelvis y Acetábulo del HOSPITAL SAN VICENTE FUNDACIÓN y profesor titular de ortopedia; el concepto fue solicitado por el Juzgado a solicitud de la parte demandante para ilustrar aspectos generales de las atenciones relacionadas con traumas en la región lumbosacra y de la pelvis.

El documento explica que las lesiones lumbopélvicas complejas son poco frecuentes, generalmente resultan de traumatismos de alta energía, suelen asociarse con múltiples lesiones concomitantes y tienen especial cercanía con estructuras neurológicas y vasculares; debido a que la atención inicial de los pacientes politraumatizados se concentra en su estabilización y en las lesiones de mayor urgencia, una proporción de estas

¹²⁸ Ver archivo audiovisual “057Audiencia9” min. 01:18:31.

lesiones puede pasar inadvertida inicialmente o diagnosticarse de manera posterior; ***“Debido a que el tratamiento temprano se centra en mejorar el estado fisiológico del paciente y tratar afecciones potencialmente mortales, una parte significativa de las lesiones lumbosacras se pasan por alto inicialmente o el diagnóstico se retrasa.”***¹²⁹

Al abordar el diagnóstico, insiste en la complejidad del escenario, ***“Los patrones de lesiones...tienen en común que afectan predominantemente a pacientes más jóvenes, son resultado de traumatismos de alta energía, se asocian regularmente con múltiples lesiones adicionales y, por lo tanto, corren el riesgo de pasarse por alto inicialmente porque el tratamiento de las lesiones concomitantes potencialmente mortales y la estabilización hemodinámica suelen dominar la fase inicial del tratamiento clínico.”***¹³⁰

Este concepto no estudió individualmente la historia clínica de ELKIN LEONARDO para establecer la causa de sus secuelas ni permite trasladar mecánicamente sus conclusiones generales a la fractura acetabular aquí analizada; pero sí ofrece un contexto científico relevante; la no detección inmediata de lesiones complejas lumbopélvicas en pacientes politraumatizados no constituye, por sí sola, demostración de negligencia; la literatura reconoce la dificultad diagnóstica propia de estas lesiones y la coexistencia de traumatismos concurrentes que orientan inicialmente el abordaje.

¹²⁹ Ver archivo “065MemoAllegaInformeTecnico018202300209” pág. 3.

¹³⁰ Ver archivo “065MemoAllegaInformeTecnico018202300209” pág. 4.

Confrontadas las experticias y los testimonios técnicos, la tesis causal propuesta en la apelación no alcanza la solidez necesaria para modificar la sentencia; el recurrente plantea una cadena secuencial; ausencia de diagnóstico inicial → orden de caminar → desplazamiento → consolidación viciosa → fibrosis → lesión del nervio ciático → artrosis → prótesis; cada uno de esos eslabones encuentra en la prueba una explicación alternativa médicamente relevante.

La artrosis no quedó demostrada como consecuencia de la consolidación tardía; RAMIRO TRUJILLO, CAMILO CABEZAS y CLARA INÉS TRUJILLO coincidieron en que la fractura articular, por la magnitud de la transferencia de energía y la lesión cartilaginosa producida desde el accidente, posee aptitud suficiente para desencadenarla aun con intervención temprana.

La necesidad de prótesis tampoco quedó ligada con predominio causal al momento de la intervención; CLARA INÉS TRUJILLO afirmó que la fractura llevó al paciente a la prótesis y que no era posible concluir que la cirugía posterior a las primeras semanas hubiese determinado necesariamente ese desenlace.

La afectación del nervio ciático tampoco quedó asociada de manera exclusiva a la fibrosis; existía evidencia electromiográfica anterior a la cirugía; la anatomía de una fractura posterior del acetábulo puede comprometer directamente el nervio por la fuerza traumática; y RAMIRO TRUJILLO explicó que la fibrosis constituye una respuesta

cicatricial que no necesariamente causa una lesión neurológica en períodos cortos.

El desplazamiento atribuido a la marcha quedó formulado en términos de probabilidad baja, no de constatación; CLARA INÉS TRUJILLO dijo **“yo creo”** y **“probablemente”**; RAMIRO TRUJILLO explicó el riesgo general, sin atribuir causalmente el desplazamiento concreto al apoyo; y JUAN DIEGO ZAPATA no efectuó comparación directa de estudios iniciales y posteriores que demostrara esa progresión.

La evolución posterior tampoco fue lineal; existió mejoría funcional suficiente para que ELKIN LEONARDO practicara ciclismo y en agosto de 2022 sufrió un nuevo accidente traumático antes de la artroplastia de 2023; ese hecho no puede ser señalado como causa de la prótesis sin respaldo pericial, pero sí evidencia que entre la atención inicial y el reemplazo articular mediaron circunstancias posteriores que no fueron descartadas científicamente como variables de la evolución clínica.

En tales condiciones, la prueba no permite afirmar que las secuelas cuya indemnización se reclama sean, con probabilidad, consecuencia de la conducta atribuida a la demandada y no de la gravedad intrínseca del accidente y de la lesión osteocondral sufrida.

Ese déficit no se supera por el hecho de que la causalidad médica admita prueba indirecta o probabilística; la inferencia

probabilística exige que la hipótesis escogida resulte más consistente que sus alternativas; aquí las pruebas especializadas ofrecen una explicación autónoma, convergente y científicamente fundada en la lesión traumática inicial; por ello, la Sala Civil coincide con la conclusión de primera instancia en que no quedó demostrado el nexo causal jurídicamente exigible.

En gracia de discusión, ¿se acreditó realmente un diagnóstico médico tardío imputable a la Clínica?

Aun cuando para resolver la apelación basta la ausencia del nexo causal, en gracia de discusión la valoración integral de las pruebas no permite asumir sin reservas que el sólo transcurso de 56 días equivalga, necesariamente, a un diagnóstico culposamente tardío.

La sentencia de primera instancia tuvo por establecido ese presupuesto a partir del mecanismo de trauma, el diagnóstico S300, el dolor persistente y la referencia del 7 de mayo a dolor con la extensión de cadera bilateral.

La prueba técnica practicada permite introducir importantes matices; como se analizó al estudiar a ELIZABETH AVENDAÑO ARANGO, la Médica que atendió al paciente la noche del 6 de mayo explicó que durante su valoración el dolor era predominantemente lumbar, irradiado al miembro inferior izquierdo; no encontró deformidad, acortamiento ni rotación espontánea de la extremidad y el paciente no le localizó dolor específicamente en la pelvis; el TAC descartó fractura lumbar y

dadas las características del dolor y los hallazgos encontrados, solicitó valoración por neurocirugía.

La historia clínica del 7 de mayo refuerza esa explicación, el Neurocirujano registró, ***“dolor lumbar leve, no parestesias en las extremidades previo a cirugía, no pares, no dolor al comprimir la pelvis”*** y concluyó que la lesión identificada en L5-S1 era crónica, indicando analgesia y seguimiento.

CLARA INÉS TRUJILLO, cuando explicó el abordaje inicial de un paciente consciente y estable; el interrogatorio y el examen físico orientan las ayudas diagnósticas, ***“Cuando un paciente entra al servicio de urgencias y está consciente, orientado en espacio, tiempo, lugar...se hace un interrogatorio para saber qué le pasó, cómo fue el mecanismo del trauma...y poder definir qué otros traumas asociados tiene que buscar. El paciente, como estaba consciente, pues obviamente mencionó el dolor que tenía en la región lumbar, en la mano, en el pie...”***¹³¹

Es cierto que durante el interrogatorio aceptó que, si el paciente refiere dolor de cadera procede ordenar radiografía, ***“Si el paciente refiere dolor en la cadera, por supuesto, hay que ordenarle una radiografía”***¹³²; también, ***“Si cualquier arco de movimiento de la cadera le estuviera doliendo pues habría que mandarle una radiografía de la pelvis por lo menos.”***¹³³

¹³¹ Ver archivo audiovisual “057Audiencia9” min. 00:32:39.

¹³² Ver archivo audiovisual “058Audiencia10” min. 00:23:27.

¹³³ Ver archivo audiovisual “058Audiencia10” min. 00:26:48.

Pero la discusión consiste en establecer si los registros iniciales permitían identificar ese dolor como dolor originado en la cadera y no como manifestación del trauma lumbar o de las lesiones severas de la extremidad izquierda.

El registro del 7 de mayo estableció, ***“dolor lumbar y dolor con la extensión de cadera bilateral”***; no habla de dolor unilateral localizado en la cadera izquierda; RAMIRO TRUJILLO explicó que una lumbociatalgia puede generar dolor con maniobras de extensión y movilización de la extremidad; esas mismas maniobras se utilizan para explorar compromiso neurológico lumbosacro.

Tampoco debe confundirse la denominación CIE-10 S300 – ***“contusión de la región lumbosacra y de la pelvis”*** con un diagnóstico clínico de fractura acetabular; como explicó ELIZABETH AVENDAÑO, se trata de una codificación amplia que debe interpretarse junto con los signos y hallazgos concretos del examen.

Las Guías para el Manejo de Urgencias ciertamente incluyen la fractura de pelvis o acetábulo dentro de los diagnósticos que deben considerarse según determinados mecanismos traumáticos; ello impone un índice de sospecha, mas no convierte automáticamente en obligatoria una tomografía de pelvis para todo accidente motociclista, al margen de la clínica individual; la prueba técnica coincidió en que las ayudas deben orientarse a partir de mecanismo, interrogatorio y examen físico.

A ello se agrega que el informe técnico de la UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA reconoce que las lesiones complejas lumbopélvicas pueden pasar inadvertidas inicialmente en pacientes politraumatizados porque otras lesiones dominan la fase inicial de atención.

En el caso, ELKIN LEONARDO ingresó con una herida avulsiva profunda de pierna izquierda, pérdida de tejido, compromiso muscular, sangrado activo y necesidad de intervención urgente por cirugía plástica; paralelamente se estudió la región lumbosacra por el dolor intenso y fue valorado por Neurocirugía; la historia clínica registra movilidad de las cuatro extremidades al ingreso, ausencia de acortamiento, ausencia de deformidad, ausencia de déficit motor o sensitivo y al día siguiente, ausencia de dolor a la compresión pélvica.

Incluso CLARA INÉS TRUJILLO planteó una explicación compatible con una fractura inicialmente poco evidente radiológicamente, ***“Es probable que eso sea lo que le haya pasado al paciente, porque si en la tomografía inicial no vieron la fractura, lo más probable es que no estuviera desplazada, porque cuando las fracturas están desplazadas, uno inmediatamente ve los fragmentos separados.”***¹³⁴

Se trata, de una hipótesis y no de una certeza; pero precisamente por ello demuestra que la ausencia de diagnóstico

¹³⁴ Ver archivo audiovisual “058Audiencia10” min. 00:28:46.

inicial admite explicaciones distintas de una actuación negligente.

Así, aun en gracia de discusión, no resulta correcto afirmar que el simple dato cronológico de haber sido diagnosticada la fractura el 2 de julio convierta retroactivamente todas las atenciones de mayo en contrarias a la *lex artis*; para arribar a esa conclusión era indispensable demostrar que con los signos concretamente apreciables en aquellos primeros días, un profesional razonablemente diligente necesariamente debía orientar el diagnóstico hacia una fractura acetabular y practicar los estudios correspondientes.

La experticia de CLARA INÉS TRUJILLO llegó justamente a la conclusión contraria, ***“Las actuaciones de los médicos de la clínica las Vegas estuvieron adecuadas y conforme con la lex artis.”***¹³⁵

Aun aceptando la conclusión del *a quo* relativa a la existencia de un diagnóstico tardío y una conducta culposa, ello no modifica la decisión, porque la parte demandante debía acreditar adicionalmente que esa conducta fue causa adecuada de los daños reclamados, elemento que, como quedó explicado, no fue demostrado.

La fractura acetabular y la lesión de la cabeza femoral fueron producidas por un accidente de alta energía; lesionaron directamente el cartílago articular; tenían por sí mismas un

¹³⁵ Ver archivo “015AportaDictamen” Pág. 14.

pronóstico desfavorable; podían generar artrosis postraumática y compromiso neurológico aun con intervención temprana; y ofrecían desde julio de 2021 una probabilidad relevante de requerir reemplazo total de cadera; la prueba no permite aislar una agravación concreta, cierta y jurídicamente imputable a la actuación de la demandada.

8.2 ¿Enfoque diferencial?

El reparo relacionado con la ausencia de aplicación de un enfoque diferencial, lo sustenta la parte demandante en dos circunstancias, su pertenencia a la población LGBTI y la pérdida de capacidad laboral del 26,45%.

Pero, la sola afirmación de pertenecer a dicha población y sufrir pérdida de capacidad laboral por sí solos, no son indicativos de ausencia de aplicación de un enfoque diferencial de género por discapacidad; de ahí que en el caso a estudio, ninguna incidencia tienen esas condiciones en la solución de la responsabilidad civil médica; la controversia no involucra un acto de discriminación por razón de la orientación sexual del demandante ni se advierte que esa circunstancia determinara la atención médica que recibió como tampoco las lesiones sufridas y la consecuente atención médica o se le limitara el ejercicio de sus derechos dentro del proceso; no existen supuestos fácticos ni sustantivos que justifiquen acudir al enfoque diferencial por género o discapacidad para valorar la conducta médica cuestionada.

Iterándose que la pérdida de capacidad laboral puede hacerlo destinatario de especial protección, no modifica las reglas para establecer la responsabilidad médica, porque al examinar los hechos, se discute si las secuelas que dieron lugar a esa calificación, son consecuencia de la atención prestada por la demandada.

Así, el análisis corresponde en establecer los elementos axiológicos de la responsabilidad médica; particularmente, el nexo causal (como reparo concreto); las condiciones personales invocadas no permiten flexibilizar este presupuesto ni suplir su demostración; no guardan relación con la causa del daño discutido ni revelan una situación de desigualdad o discriminación que incidiera en la atención médica o en la expedición del dictamen de pérdida de capacidad laboral que fue aportado al proceso por la parte que demandante o en el trámite mismo del proceso de responsabilidad civil médica.

En consecuencia, la decisión de primera instancia se CONFIRMARÁ.

9. COSTAS

Sin lugar a imponer costas al recurrente, en virtud de contar con amparo de pobreza, razón por la cual no se fijan agencias en derecho.

DECISIÓN

La **SALA SEGUNDA CIVIL DE DECISIÓN DEL TRIBUNAL SUPERIOR DE MEDELLÍN**, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la Ley.

FALLA

PRIMERO: Por las razones expuestas, se **CONFIRMA** la sentencia de la referencia.

SEGUNDO: Sin **CONDENA EN COSTAS** en virtud de contar con amparo de pobreza.

NOTÍFIQUESE POR ESTADOS Y ELECTRÓNICAMENTE.

LOS MAGISTRADOS

(Firmado electrónicamente)

RICARDO LEÓN CARVAJAL MARTÍNEZ

(Firmado electrónicamente)

LUIS ENRIQUE GIL MARÍN

(Firmado electrónicamente)

ADRIANA LARGO TABORDA

Firmado Por:

Ricardo Leon Carvajal Martinez

Juez

Sala 09 Civil

Tribunal Superior De Medellin - Antioquia

Luis Enrique Gil Marin

Magistrado Tribunal O Consejo Seccional

Sala 002 Civil

Tribunal Superior De Medellin - Antioquia

Adriana Del Socorro Largo Taborda

Magistrada

Sala 008 Civil

Tribunal Superior De Medellin - Antioquia

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

Código de verificación: **9cb7d5bedceae7242dfc31ad9439bb671409819f03dc449e9610d65d900bf3c8**

Documento generado en 18/08/2026 05:13:34 PM

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

<https://firmaelectronica.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>