

TEMA: RESPONSABILIDAD MEDICA- Tratándose de la responsabilidad médica por regla general la obligación es de medio, donde imperando el concepto de “culpa probada”, es el demandante quien tiene la carga de probar lo pertinente para obtener los efectos jurídicos perseguidos, donde si se achaca falla en la seguridad hospitalaria, lo mismo debe quedar suficientemente acreditado como imputable al demandado, de no suceder, las pretensiones corren la suerte del fracaso.

HECHOS: Las demandantes, promovieron proceso declarativo en contra del médico DIEGO ARMANDO FRANCO ARIAS y la CLÍNICA PLÁSTICA Y ESTÉTICA NOVA S.A.S., esbozando como pretensión principal que se declare que aquel incumplió parcialmente el contrato de servicios profesionales suscrito entre las partes a realizar en las instalaciones de la segunda, por haber actuado con negligencia, imprudencia, culpa grave e irresponsabilidad. En sentencia de primera instancia, se confirmó la falta de diligencia y cuidado de la CLÍNICA en el cumplimiento del sistema único de habilitación (en asepsia), y por ello prospera la pretensión y desestima las excepciones propuestas, por lo que la declaró responsable y le condenó a cancelar a la paciente: por daño emergente \$2'390.000,00; por perjuicio moral tres (3) S.M.L.M.V.; y por daño a la vida en relación dos (2) de esas unidades. Para la menor JARAMILLO GUZMAN, dispuso un (1) S.M.L.M.V. por perjuicio moral. El superior debe definir si se presenta en los siguientes niveles: 1) De las obligaciones del establecimiento hospitalario, especialmente la de seguridad relacionada con la diligencia y cuidado en la asepsia; 2) sobre si la bacteria que atacó a la paciente era “Nosocomial”, o dependía de la condición de la paciente en cuanto a ser “monorrena”; 3) sobre cumplimiento del consentimiento informado, y la conducta del cirujano en el postoperatorio; y 4) solo de superarse los presupuestos axiológicos de la pretensión, se estudiará lo relacionado con la tasación de perjuicios.

TESIS: De la responsabilidad médica en lo que tiene que ver con los deberes de seguridad de los establecimientos hospitalarios prestadores del servicio de salud, (...) sobre el punto de la seguridad hospitalaria relacionada con la prevención de riesgos nosocomiales, concluyó (la CSJ): “4. Es pues, doctrina probable de esta Corporación, entender que la obligación de seguridad a cargo de centros de salud y hospitales, es dable subclasificarla en atención a la aleatoriedad e imposibilidad de controlar factores y riesgos que inciden en los resultados. En principio y de acuerdo con los estándares técnicos y científicos exigibles a la entidad, es de medio la obligación de seguridad a cargo de estos establecimientos de hacer lo que esté a su alcance con miras a que su paciente no adquiera en su recinto enfermedades diferentes de las que lo llevaron a hospitalizarse.”(...) Finalizando este marco jurisprudencial, como fue tema aludido por la parte actora recurrente, en relación del consentimiento informado, se ha considerado: “En los Estados fundados en la inviolabilidad, dignidad y autonomía de las personas (artículos 1°, 12 y 16 de la Carta Política), para la intervención en el cuerpo de un individuo debe por lo general contarse con el permiso o la autorización del propio afectado (principio de autonomía y libertad). La práctica médica, entonces, se encuentra sometida a varios principios esenciales, los cuales tienen no sólo bases constitucionales sino también un claro soporte en normas internacionales de derechos humanos.(...) “En suma, la ley le otorga al paciente el derecho a ser informado respecto de la dolencia padecida, esto es, saber a ciencia cierta cuál es el diagnóstico de su patología, como también a consentir o rechazar el tratamiento o la intervención quirúrgica ofrecida por el galeno. “En ese orden de ideas, la información dada debe ser: i) veraz, en cuanto el médico no puede omitirla o negarla, pues carece de la facultad de decidir lo mejor para el enfermo, si éste goza de capacidad de disposición de sus derechos; ii) de buena calidad, mediante una comunicación sencilla y clara, con el fin de que el interlocutor comprenda la patología padecida y el procedimiento a seguir; y iii) de un lenguaje comprensible, entendible, pues en muchas ocasiones lo técnico resulta ininteligible, confuso e

incomprensible.” Sentencia SC7110-2017, 24 de mayo de 2017(...)Recapitulando los medios probatorios atrás referidos, es claro que la actora fue operada por el médico demandado y en la clínica demandada, practicándosele dos cirugías de carácter estético (mamoplastia de aumento, y lipo con abdominoplastia), donde en ellas en sí mismo no está el factor de imputación, sino, lo mismo estriba en la infección bacteriana adquirida por la paciente (E. coli, y otra K. pneumoniae), la cual le afectó el área operada (mamas), que implicó la extracción de las correspondientes prótesis, además de internación hospitalaria para tratar lo pertinente. Es decir, lo achacado a los demandantes en principio y como causante en el daño, es la infección bacteriana atrás referida, por lo que el problema en este punto a responder constituye en ¿se probó que la infección bacteriana que afectó a la paciente demandante sea atribuible a la clínica demandada?(...) De tal concepto se tiene que la conclusión del perito es una inferencia, pues para el mismo como la paciente antes del procedimiento era sana, entonces la infección la adquirió en la clínica, pero resulta que tal posición más se acerca a lo indiciario, pues deja de lado otros elementos como la condición propia de la paciente sobre que era “monorrena”. En esos términos, lo que se debió probar es que las bacterias se adquirieron en y exclusivamente la clínica donde se realizó la operación, donde ello no se suple con lo que apenas es una respetable deducción, por lo que parafraseando a la Corte, no se evidencia la vulneración al deber de seguridad. Ahora, dice el perito en cita que la infección bacteriana se pudo haber adquirido en cinco momentos dentro de los procesos de asepsia y antisepsia, los cuales fueron: uno, la técnica quirúrgica; dos, la asepsia-antisepsia en el sitio operatorio; tres, el instrumental quirúrgico; cuatro, el riesgo de contaminación cruzada; y una quinta posibilidad, que los implantes estén contaminados.(...)(...) tal experto deja en claro la existencia de un margen o porcentaje de infección bacteriana clínica, sin que ello implique que se satisfaga la culpa probada, incluso, como ha dicho la Corte, tales bacterias cada vez son más resistentes, siendo imposible que desaparezcan de los espacios hospitalarios en general y los quirúrgicos en particular, por lo que debió demostrarse la incuria o descuido concreto a cargo de los demandados que generaran las infecciones que causaron el daño en la parte actora, pero ello en el presente caso se quedó en suposiciones, por lo que dentro del régimen de culpa probada al no satisfacerse lo mismo, hace que las súplicas de la demanda estén llamadas al fracaso. (...)En el caso que nos ocupa, la culpa de los demandados no fue probada, pues de las experticias médicas recaudadas, una de mayor cualificación profesional que la otra, no se probó la incuria o vulneración de la lex artis del establecimiento médico en cuanto a la seguridad para que la persona operada a la postre no adquiriera las bacterias que le afectaron. No se allegó ningún medio de convicción que permita concluir indefectiblemente que el adquirir la infección por parte de la paciente, fuera consecuencia del actuar imprudente o negligente de los médicos tratantes o de las instituciones prestadoras del servicio de salud.

M.P. JOSÉ OMAR BOHÓRQUEZ VIDUEÑAS

FECHA: 24/06/2024

PROVIDENCIA: SENTENCIA



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

Medellín, veinticuatro (24) de junio de dos mil veinticuatro (2024)

Ref.: Exp.: 05266 31 03 003 2020 00030 01

Magistrado Ponente: JOSE OMAR BOHÓRQUEZ VIDUEÑAS

Proceso: Declarativo responsabilidad civil.
Demandantes: ERICA MILENA GUZMÁN MONSALVE y otra.
Demandados: DIEGO ARMANDO FRANCO ARIAS y otro.
Extracto: Tratándose de la responsabilidad médica por regla general la obligación es de medio, donde imperando el concepto de “*culpa probada*”, es el demandante quien tiene la carga de probar lo pertinente para obtener los efectos jurídicos perseguidos, donde si se achaca falla en la seguridad hospitalaria, lo mismo debe quedar suficientemente acreditado como imputable al demandado, de no suceder, las pretensiones corren la suerte del fracaso. Revoca y desestima pretensiones.

ASUNTO A TRATAR

Procede el Tribunal a resolver el recurso de apelación interpuesto por ambas partes, contra la sentencia proferida el veintiuno (21) de marzo de dos mil veintitrés (2023), por el Juzgado Tercero Civil del Circuito de Envigado.

ANTECEDENTES

DE LA DEMANDA:

ERICA MILENA GUZMÁN GONZÁLEZ actuando en nombre propio y de su menor hija PAULINA JARAMILLO GUZMÁN,

promovió proceso declarativo en contra del médico DIEGO ARMANDO FRANCO ARIAS y la CLÍNICA PLÁSTICA Y ESTÉTICA NOVA S.A.S., esbozando como pretensión principal que se declare que aquel incumplió parcialmente el contrato de servicios profesionales suscrito entre las partes a realizar en las instalaciones de la segunda, por haber actuado con negligencia, imprudencia, culpa grave e irresponsabilidad.

Por lo mismo deprecó se declare a los demandados responsables solidaria, civil y contractualmente respecto a GUZMÁN MONSALVE, y extracontractualmente frente a JARAMILLO GUZMÁN, por incumplir la obligación y garantía en la prestación del servicio, en condiciones de asepsia; en consecuencia pidió se condene al pago de lo siguiente, según los perjuicios causados:

1. Para ERICA MILENA GUZMÁN MONSALVE: como DAÑO EMERGENTE \$21'700.000,00; perjuicios morales setenta (70) Salarios Mínimos Legales Mensuales Vigentes (en adelante S.M.L.M.V.), y daño a la vida en relación cincuenta (50) de tales unidades;
2. Para PAULINA JARAMILLO GUZMÁN, cincuenta (50) S.M.L.M.V..

Como sustento de lo anterior se indicó que el día 29 de marzo de 2015, la señora GUZMÁN MONSALVE se sometió a cirugía estética de "*abdominoplastia, mamoplastia y lipo-transferencia*", realizada por el médico DIEGO ARMANDO FRANCO ARIAS en las instalaciones de la CLÍNICA PLÁSTICA Y ESTÉTICA NOVA S.A.S.; sin embargo en el postoperatorio presentó mareos, malestares y fiebre alta, frente a lo que tal médico le recomendó antibióticos, y dado que no mejoraba acudió a los médicos del seguro estético, quienes le recomendaron más de esas sustancias.

Que el 4 de abril de 2015 fue hospitalizada en la Clínica de la UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA, bajo diagnóstico de “*sepsis de tejidos blandos, anemia y POP*”, y posteriormente se indicó que tenía una infección “*nosocomial*”, ordenándose trasfusión sanguínea por la anemia que presentaba, y tuvo que realizar terapias respiratorias ante la dificultad para respirar.

Que el 12 de abril de 2015 el doctor FRANCO asistió a la clínica, y con jeringa pero sin anestesia ni estar guiado por un ecógrafo, contrariando los protocolos médicos buscó material purulento, procedimiento que no fue registrado en la historia clínica. Luego del drenaje mamario, ese sí eco guiado, el 14 de abril siguiente le retiraron las prótesis mamarias debido a la infección, lo que le generó deformidad en los senos.

Que el médico FRANCO le dijo a la paciente que no era necesario retirar los puntos de los senos ni los de la abdominoplastia porque eran absorbibles, y que las prótesis eran marca “*mentón*” de “*Johnson y Johnson*”; sin embargo, como continuaba con fiebre, asistió a la EPS SURA donde le indicaron que posiblemente ello era por el no retiro de los puntos.

Que inicialmente la CLÍNICA NOVA le negó entregarle su historia clínica, después lo hicieron incompleta faltando el folio donde se apreciaba la marca de las prótesis, y luego le dieron documento donde dice que eran de marca “*Eurosilicone*”; mientras que la factura de venta entregada por \$12'165.000,00, tampoco corresponde con el valor cancelado pues fueron \$12'700.000,00, y allí se indicó que el valor de la “*mamoplastia*” era \$2'000.000,00, cuando en las tratativas comerciales se habló de \$5'000.000,00.

Que canceló la *lipotransferencia* pero no se realizó, aunado que la demandante realizó otro préstamo, y en diciembre de 2016 se hizo en BIOFORMA la cirugía de reconstrucción, el que le valió \$4'500.000,00.

Que la afectación emocional fue total al ver cómo quedó su cuerpo, y la familia de la paciente sufrió mucho al verla en malas condiciones de salud, y debido a ello su relación de pareja terminó¹.

LA CONTRADICCIÓN:

La CLÍNICA PLÁSTICA Y ESTÉTICA NOVA S.A.S.², dijo no constarle la mayoría de los hechos, admitiendo algunos y negando otros. Señaló que la paciente no manifestó que era “*monorrena*” (de un solo riñón), ni se especificaron los protocolos incumplidos por el médico, mientras que la Clínica realizó todas las actividades tendientes a disminuir el riesgo de infección. Por lo mismo, se opuso a las pretensiones presentando como excepciones de mérito las que denominó:

1. “*OBLIGACIÓN DE LA PARTE DEMANDANTE DE PROBAR LOS HECHOS EN QUE FUNDAMENTA SUS PRETENSIONES: CONDUCTA – EL ELEMENTO SUBJETIVO DE LA CONDUCTA (CULPA O DOLO) - NEXO CAUSAL – DAÑO. NATURALEZA JURÍDICA DEL JUICIO DE RESPONSABILIDAD*”. Indicando que la obligación adquirida por el médico es subjetiva, por lo que requiere prueba de la culpa, y es el demandante quien tiene la carga de probar todos los elementos de la responsabilidad civil. Por lo mismo, que no se presume la culpa ni el nexo causal, además no se trata de una obligación de resultado.
2. “*DEBIDA APLICACIÓN LEX ARTIS AD HOC*”. Para lo cual se afirma que el cirujano es profesional en cirugía plástica,

¹ Folios 149 y siguientes, archivo 05266310300320200003000_C001.

² Ver archivo 21MemorialContestaciónDemandaNOVA07Jun.

con gran trayectoria en el gremio, y completamente capacitado para hacer las cirugías realizadas a la demandante.

3. “*OBLIGACIONES DE MEDIO*”. Arguyendo que tanto el médico como la clínica prestaron una atención adecuada, con disposición de los recursos, tales como, conocimiento, personal y tecnología a su alcance, buscando obtener buenos resultados.
4. “*INEXISTENCIA DE LA OBLIGACIÓN O AUSENCIA DE CULPA*”. Sosteniendo que tanto la clínica como el médico tratante cumplieron con la *lex artis*, y la demandante no aporta prueba que la infección haya sido ocasionada por falta de sepsis hospitalaria, además que ese riesgo es inherente a toda cirugía; adicional, la paciente nunca informó al cirujano ni al anesthesiólogo, que era *monorrena* (de un solo riñón), y que había sufrido infecciones urinarias, lo que puede producir colonización de material protésico (prótesis de silicona).
5. “*TASACIÓN EXCESIVA DE PERJUICIOS*”. Argumentando que no existe prueba del daño que se reclama, pues la paciente fue atendida conforme los lineamientos de la *lex artis*, y no existe nexo causal entre la cirugía y el daño alegado, aunado que la infección y posterior retiro de las prótesis, fue un riesgo previamente informado y asumido por la demandante.
6. “*EXCEPCIÓN GENÉRICA O UNIVERSAL OFICIOSA*”. Según lo que resulte probado; y si se dan los presupuestos de la prescripción, que así se declare.
7. “*ASUNCIÓN DEL RIESGO PREVISTO POR LA DEMANDANTE*”. Arguyendo que en el consentimiento

informado, aceptado y firmado por la demandante, se indicaron los riesgos que entrañaba el procedimiento.

El codemandado DIEGO ARMANDO FRANCO ARIAS³, dijo no constarle algunos hechos, y señaló ser falso que fuese el médico quien eligiera las prótesis a utilizar, pues es la clínica quien lo hace, sin que sea protocolario exhibir los insumos y marcas del elemento. Además, la paciente no informó que era “*monorrena*”, lo que explica la fiebre que presentaba, y que la “*Infección de sitio operatorio*” no tiene relación con las instalaciones hospitalarias, sino con la parte del cuerpo intervenida. En ese sentido presentó como excepciones de mérito las que denominó:

1. “*INEXISTENCIA DEL DERECHO QUE SE RECLAMA POR CULPA EXCLUSIVA DE LA VICTIMA*”. Aduciendo que la infección que presentó la paciente no está relacionada con las instalaciones hospitalarias, ni con la marca de las prótesis utilizadas (que tienen reconocimiento de la FDA y el INVIMA), y se trató de un riesgo inherente que estaba plasmado en el consentimiento informado firmado por la paciente.

Que debido a que la paciente es *monorrena* (lo que no informó al médico ni a la clínica), y padece de infecciones crónicas de vías urinarias por su *agenesia renal*, cobra sentido que la bacteria se haya desplazado y ocasionado la infección reportada. Por tanto, la infección localizada en senos no fue producto de una indebida práctica médica ni de instalaciones insalubres, siendo el foco de contaminación su propio cuerpo.

2. “*AUSENCIA DE RESPONSABILIDAD POR PARTE DEL CIRUJANO PLASTICO DIEGO ARMANDO FRANCO*”

³ Ver archivo 25 “Memorial Contestación Demanda Diego Franco 05 Jul”.

ARIAS". Sustentado en que los procedimientos realizados a la paciente observaron los protocolos médicos, por lo que el resultado objetivo no fue producto de ningún actuar negligente, imperito e imprudente de los demandados, sino se debió a factores propios del organismo de la paciente que no fueron comunicados al médico, y no pudieron controlarse. Entonces, que el demandado actuó de forma diligente y adecuada, tal y como se puede constatar en la historia clínica.

DE LA SENTENCIA DE PRIMERA INSTANCIA:

Luego de hacer recuento del trámite procesal que incluyó acción y contradicción, señaló que solo se hace referencia al procedimiento de "*mamoplastia de aumento*" porque fue frente a la misma que se evidenciaron las consecuencias que se reprochan.

Que el cirujano se obligó a practicar a la demandante "*mamoplastia de aumento*", sin comprometerse con un resultado concreto, siendo su deber emplear todo el conocimiento y técnicas adecuadas, y así se desprende del consentimiento informado suscrito por la actora, por lo que le correspondía a esta demostrar todos los elementos de la responsabilidad civil.

Que en el consentimiento no se tienen que plasmar todos los riesgos posibles o extraordinarios, sino que debe recaer sobre las adversidades normales, previsibles o necesarias, y la consecuencia desfavorable que se presentó se encontraba descrita en los riesgos previamente informados.

Que no se allegó prueba de: (i) que el material utilizado para sutura no era absorbible, y por lo tanto debía ser retirado dentro

de un lapso de tiempo; (ii) que las prótesis marca *Johnson y Johnson* serían utilizadas en la cirugía por ser de mejor calidad, y se probó que las “*eurosilicone*” cuentan con registro INVIMA, lo cual autoriza su utilización en el país; y, (iii) en la historia clínica se evidencia la hora de la realización de la lipotransferencia, y en ellas se refiere al referido procedimiento y que la información fue dada.

Así mismo, no existe prueba (dictamen, bibliografía médico-científica, contexto de la *lex artis*), que demuestre el dicho de la demandante, por lo que no se acreditó la culpa del cirujano, exonerándole de responsabilidad.

Sobre la responsabilidad de la Clínica derivada de la obligación de seguridad, que incluye las medidas necesarias para prevenir accidentes e infecciones, el perito WILMAR MAYA dijo que el establecimiento demandado cumplió con su deber de mitigar el riesgo de infecciones, pero la información a la que acudió el especialista era fragmentada, porque se refería al resumen de la historia clínica.

Diferente, del dictamen del doctor DUBAN ENRIQUE PÁJARO CANTILLO, especialista en salud pública, quien dijo que la Clínica no cumplió con los protocolos establecidos, a lo que sumado a la respuesta dada por la Secretaría de Salud de Antioquia donde evidencia incumplimientos en tres visitas con el “*Sistema Único de Habilitación*”, acredita el incumplimiento de normas por parte de aquella, enfatizando en que la bacteria fue de origen hospitalario, sin que el hecho que la paciente fuese “*monorrena*” tuviera incidencia, e incluso para el preoperatorio llegó sana.

Entonces, se confirmó la falta de diligencia y cuidado de la CLÍNICA en el cumplimiento del sistema único de habilitación (en asepsia), y por ello prospera la pretensión y desestima las excepciones propuestas, por lo que la declaró responsable y le

condenó a cancelar a la paciente: por daño emergente \$2'390.000,00; por perjuicio moral tres (3) S.M.L.M.V.; y por daño a la vida en relación dos (2) de esas unidades. Para la menor JARAMILLO GUZMAN, dispuso un (1) S.M.L.M.V. por perjuicio moral. En ambos supuestos ordenó el pago de intereses de mora a partir de la ejecutoria, así como condena en costas a favor de las demandantes.

DE LA APELACIÓN:

La sentencia fue apelada por ambas partes, que en los reparos luego sustentados, se pronunciaron en los siguientes términos:

La Parte demandante alegó que *“No se tuvo en cuenta el principio de Equidad, en el reconocimiento del daño y la tasación del perjuicio”*, pues se desestimaron pruebas de situaciones evidentes, que incluso se pueden concluir en un ejercicio racional, lógico y teleológico de los hechos y pretensiones de indemnización, pues en la tasación de los perjuicios extra patrimoniales, no se tuvieron en cuenta afectaciones, como: el fin de la unión libre, depresión, baja autoestima, daños colaterales en la salud (especial en el sistema urinario por carga excesiva de antibióticos, siendo *“monorrena”*), traumatismo psicológicos y psiquiátricos.

En lo anterior enfatizó que la paciente era una persona sana, y después de la cirugía quedó sufriendo de infecciones urinarias, por lo que los valores fijados por dichos conceptos no guardan correspondencia con los daños padecidos, de los cuales varios continuaran en el tiempo, por lo que debe procurarse una reparación integral.

Con el intitulado *“El A Quo no tuvo en cuenta el valor de la reconstrucción analizado desde la categoría de daño emergente, el cual conforme la a norma y a la jurisprudencia, no requiere su erogación en el momento, si no también valores y situaciones en que podría verse conminada la víctima a realizar para minorizar o reparar el perjuicio ocasionado, estando como se encuentra probado, el valor del mismo.”*, refiriendo que se incurrió en error porque se anexó el documento denominado *“factura procedimiento de reconstrucción”* expedido por el Especialista en Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva HERNAN DAZA MANJARRES, que conforme el Estatuto Tributario y la Ley 1625 de 2016 es equivalente a la factura para las profesiones liberales sometidas al régimen simplificado, y así lo declaró el galeno.

Y en el caso que fuese una cotización, tampoco podría negarse la pretensión, porque el objeto de la indemnización es dejar a la víctima en las condiciones previas al hecho dañoso, o lo más parecido. Debe buscarse la reparación integral.

Con lo que llamó *“El consentimiento informado adelantado previo a la cirugía plástica demandada, se limitó al diligenciamiento de una proforma presidida por una recepcionista y no por el médico, en desconocimiento de lo establecido en las normas, reduciendo a la paciente al mercantilismo, dejando de lado la humanidad que se requiere para la satisfacción de inquietudes. Por ende, no hay asunción del riesgo ni traslado del mismo”*, indica que tal aquiescencia le fue entregado por la recepcionista, a quien le hizo un par de preguntas, pero que no tuvo oportunidad de presentar las dudas al cirujano, cuando tal asentimiento debía firmarse en la consulta, tal como se desprende de los artículos 15 y 16 de la Ley 23 de 1981.

Así, enfatizó que la obligación de realizar el consentimiento es del médico, quien debe brindar toda la información del procedimiento

y absolver las dudas que tenga el paciente, y si omite tal deber debe responder de forma solidaria.

A lo anterior agregó el que “*El Dr. Diego Armando Franco, actuó en el posoperatorio con negligencia, imprudencia e impericia, lo cual quedo efectivamente probado en el proceso*”, para lo que señaló que después de la cirugía el médico prescribió unos antibióticos, y dijo que pasaría por la casa de la paciente, lo cual no cumplió ni contestó las llamadas o mensajes, y que solo apareció el 7 de abril de 2015 cuando ya la demandante se encontraba en la Clínica de la Universidad Pontificia Bolivariana, pese haber sido informado cinco días antes de su situación.

Que en tal visita el cirujano hizo procedimientos que no dejó anotados en la historia clínica.

Frente a la sustentación de su contraparte, señaló que antes de la cirugía estética la señora GUZMÁN VASQUEZ era una mujer sana y desconocía su condición de “*monorrena*”, situación está que no genera mayores complicaciones en la salud humana según la literatura médica; y que la paciente adquirió la infección de origen bacteriano “*Nosocomia*” durante el procedimiento estético sustento de la acción.

Que no se debe tener en cuenta el peritaje allegado por la demandada, porque no se hizo una revisión objetiva, imparcial, pues el perito dijo que trabajó en estudios infecciosos en tal clínica, por lo que su criterio se encuentra comprometido, sumado a que no analizó la historia clínica de forma exhaustiva, quedando duda su objetividad e idoneidad.

Y es que el perito dijo que la infección no se pudo confirmar, cuando en la historia clínica se dice que sí se confirmó, incluso mencionando el nombre de las bacterias, y no fue imparcial al no mencionar situaciones que perjudicaban a la demandada como

que la bacteria “*E-coli*” y “*Pneumoniae*”, son de origen nosocomial y responden a la falla en las medidas de asepsia del material quirúrgico, del sitio operatorio, de las prótesis, profesionales, o salas de cirugía.

Agregó que el perito se encuentra inmerso en causal de recusación, por haber dado concepto fuera de la actuación judicial sobre cuestiones materia del proceso, y se extendió a conceptos que no eran materia del dictamen y que beneficiaban a la clínica, siendo que no existe prueba que establezca que el origen de la bacteria sea diferente al “nosocomial”, pues no existe reporte de infección urinaria previa; por el contrario, después del postoperatorio la función renal desmejoró, y la demandante comenzó a sufrir de constantes infecciones urinarias.

Finalizó diciendo que la Clínica no probó la mitigación del riesgo estableciendo las medidas de asepsia en la sala de cirugía y no allegó el protocolo de asepsia; además se tiene como prueba la historia clínica, la respuesta derecho de petición de la Secretaría de Salud de Antioquia, y la experticia del doctor DUBAN.

La demandada CLÍNICA PLÁSTICA Y ESTÉTICA NOVA S.A.S., dijo que se incurrió en yerro al considerar que ella no tuvo diligencia y cuidado para la asepsia, debido a que para la decisión solo se tomaron en cuenta algunos medios probatorios (unos posteriores al hecho), mientras otros fueron considerados de forma parcial, desconociéndose el estado de salud de la paciente de “*monorrena*” y con infecciones urinarias frecuentes, lo que pudo ser determinante en la presentada.

Que se demostró que la clínica cumplió con el deber de diligencia y cuidado, y que las bacterias podían provenir de la misma paciente, y el que fuese “*nosocomial*” no implica *per se* su responsabilidad; y al contrario, con la historia clínica y las demás pruebas allegadas se demostró que la clínica realizó la asepsia,

profilaxis antibiótica, entre otros, con el fin de minimizar los riesgos de infección inherentes a cualquier procedimiento quirúrgico, pruebas que dan fe de los protocolos para mitigar el riesgo, y que fueron omitidas por el *a quo*.

Expuso que toda cirugía tiene riesgo de infectarse, y la clínica cumplió con su obligación de llevar tal albur a su mínima expresión, y de ello hay prueba suficiente que no fue debidamente valorada, como la información del riesgo, administración de profilaxis antibiótica, verificación del proceso de esterilización, realización de la asepsia; mientras que se valoró de forma fragmentada la pericia rendida por WILMAR MAYA SALAZAR, quien dijo que sí había evaluado la historia clínica completa de la CLÍNICA NOVA, siendo esa la necesaria para determinar si se tomaron o no las medidas para mitigar el riesgo, de donde no hay relación causa-efecto, y que como la infección se presentó en el posoperatorio tardío, es probable que se deba a factores no relacionados directamente con la cirugía o el equipo que intervino.

En cuanto a las tres visitas de la Secretaría de Salud de Antioquia, que estas se realizaron después de la cirugía de marras, y los incumplimientos endilgados no necesariamente se refieren a medidas de asepsia, y las causas de dichos incumplimientos ni siquiera se allegaron.

Que el doctor DUBÁN ENRIQUE PÁJARO CANTILLO sostuvo que la clínica no cumplió con los protocolos, pero luego en su declaración eso fue desestimado, además que realizó varias afirmaciones y condenas sin sustento alguno, sumado a que no es especialista en la materia, sin que aclarara cuáles protocolos se incumplieron, y que la tesis del perito sobre una dada de alta precoz, ello fue desvirtuado por el testigo DIEGO CORREA, quien aclaró que tal medida fue oportuna de acuerdo con la *lex*

artis. Igualmente el perito MAYA SALAZAR señaló las previsiones que se tuvieron en cuenta para la cirugía.

Cuestionó el que se consideró que la bacteria emergió del ámbito hospitalario sin considerar la incidencia derivada del que la paciente fuera “*monorrena*”, pues sobre ello el infectólogo AMAYA SALAZAR señaló que la infección que se presentó no era exclusiva de origen hospitalario, que se pudo dar por la condición previa (*monorrena*), y además que la clínica adelantó todas las medidas de asepsia que se exigen, por lo que la infección pudo provenir de la misma paciente (urinaria posterior a la cirugía), al punto que fue focalizada, y que de haber sido por una irregularidad en la asepsia de la clínica, se hubieran afectado todas las partes del cuerpo intervenidas.

Finalizó indicando que tanto el médico como la Clínica tenían una obligación de medio y no resultado, materializándose un riesgo inherente al procedimiento, y se demostró diligencia y cuidado de los demandados, con lo que se descarta la culpa que es fundamento de la responsabilidad médica reclamada.

Así las cosas, se resolverá la alzada previas las siguientes:

CONSIDERACIONES

INTROITO:

Los presupuestos procesales se encuentran reunidos y sobre ellos no hay lugar a reparo, y examinada la actuación procesal en ambas instancias es ausente cualquier irregularidad que pueda invalidar lo actuado, por lo que están presentes las condiciones

necesarias para proferir sentencia que resuelva la apelación presentada.

Dado que ambas partes apelaron la Sala resolverá sin limitaciones, tal como lo prevé el artículo 328 del C. G. del P., donde lo que fue motivo de apelación, por cuestiones metodológicas para su estudio, se presenta en los siguientes niveles: 1) De las obligaciones del establecimiento hospitalario, especialmente la de seguridad relacionada con la diligencia y cuidado en la asepsia; 2) sobre si la bacteria que atacó a la paciente era “*Nosocomial*”, o dependía de la condición de la paciente en cuanto a ser “*monorrena*”; 3) sobre cumplimiento del consentimiento informado, y la conducta del cirujano en el postoperatorio; y 4) solo de superarse los presupuestos axiológicos de la pretensión, se estudiará lo relacionado con la tasación de perjuicios.

MARCO JURISPRUDENCIAL PARA DECIDIR:

De la responsabilidad médica en lo que tiene que ver con los deberes de seguridad de los establecimientos hospitalarios prestadores del servicio de salud, la Corte Suprema de Justicia en sentencia que sigue su propia línea jurisprudencial, expuso:

“En virtud de los denominadas obligaciones de seguridad, el deudor de ellos “*está obligado a cuidar de la integridad corporal del acreedor o la de las cosas que éste le ha confiado*” (CSJ SC259-2005 de oct 18 2005, rad. n°. 14.491). Se trata de una distinción jurisprudencial, proveniente del derecho francés y que se encuentra aclimatada entre nosotros de tiempo atrás (Cfr. SC del 25 de noviembre de 1938 en G.J. T. XLVII, págs. 411 y ss., sobre todo en punto de la obligación del transportador, de donde proviene incluso en Francia) que explica el alcance de ese deber secundario de conducta que puede estar expresamente pactado, establecido en la ley, o derivado de la naturaleza del contrato o de su ejecución de buena fe, pero en todo caso dirigido a la protección de la confianza que el acreedor deposita en su deudor en el sentido de que sus bienes o su persona quedarán a salvo (integridad de las cosas y corporal), y que confía a este en el cumplimiento de la prestación principal, por lo que además de satisfacer ese débito el deudor

garantiza o al menos –ello es objeto de discusión- debe procurar la indemnidad de su acreedor respecto de tales intereses.

“En el ámbito hospitalario, además de la prestación de los servicios médicos, paramédicos y asistenciales, y además del suministro de medicamentos y tratamientos pertinentes, de hospedaje especial, etc., que debe prestar la entidad nosocomial, tiene ésta a su cargo la obligación de seguridad *“de tomar todas las medidas necesarias para que no sufra ningún accidente en el curso o con ocasión del cumplimiento de las prestaciones esenciales que por razón del contrato dicho centro asume”* (GJ. T.CLXXX, pág. 421, citada en SC-003 de 1º de febrero de 1993, rad. n.º. 3532).

“Tal obligación supone la implementación y mantenimiento de medidas dirigidas a prevenir accidentes e infecciones, sobre la base de un control estricto acorde con protocolos contentivos de *normas técnicas*, adoptados por el propio centro de salud o exigidos por las autoridades que tienen a su cargo su inspección, vigilancia y control, y que se extienden pero no se limitan a la señalización, transporte adecuado de enfermos, dotación infraestructural apropiada, métodos de limpieza y esterilización, procedimientos de seguridad, desinfección, control de visitas, identificación, idoneidad e inspección en materia de salud del personal, coordinación de tareas con el fin de aminorar errores en procesos, disposición de residuos orgánicos, recintos especializados, entre muchas otras variables. Deberes todos positivos que coadyuvan en el logro de un *non facere*: que el paciente no sufra ningún accidente.

“Todas estas aristas son mucho más relevantes y dignas de que su cumplimiento sea examinado con estrictez, pues, como es suficiente y comúnmente sabido, las bacterias han ganado en resistencia a antibióticos, a resultas de lo cual las infecciones que ellas provocan han multiplicado las muertes por infecciones intrahospitalarias, constituyéndose dicho fenómeno en un grave problema de salud pública⁴.” Citas, cursivas y nota de pie de página dentro del texto.

⁴ “Dice la Organización Mundial de la Salud: *“Las IAAS, también denominadas infecciones «nosocomiales» u «hospitalarias», son infecciones contraídas por un paciente durante su tratamiento en un hospital u otro centro sanitario y que dicho paciente no tenía ni estaba incubando en el momento de su ingreso. Las IAAS pueden afectar a pacientes en cualquier tipo de entorno en el que reciban atención sanitaria, y pueden aparecer también después de que el paciente reciba el alta. Asimismo incluyen las infecciones ocupacionales contraídas por el personal sanitario. Las IAAS son el evento adverso más frecuente durante la prestación de atención sanitaria, y ninguna institución ni país puede afirmar que ha resuelto el problema. Según los datos de varios países, se calcula que cada año cientos de millones de pacientes de todo el mundo se ven afectados por IAAS. La carga de IAAS es varias veces superior en los países de ingresos bajos y medianos que en los países de ingresos altos.*

“Cada día, las IAAS provocan la prolongación de las estancias hospitalarias, discapacidad a largo plazo, una mayor resistencia de los microorganismos a los antimicrobianos, enormes costos adicionales para los sistemas de salud, elevados costos para los pacientes y sus familias, y muertes innecesarias” Pagina consultada el 29 de enero de 2019: https://www.who.int/gpsc/country_work/burden_hcai/es/

“En la presentación del *“plan de acción mundial sobre la resistencia a los antimicrobianos”*, publicado por ese mismo órgano, se lee: *“La resistencia a los antimicrobianos supone una amenaza a la esencia misma de la medicina moderna y a la sostenibilidad de una respuesta de salud pública mundial eficaz ante la amenaza persistente de las enfermedades infecciosas. Los antimicrobianos eficaces son imprescindibles para las medidas preventivas y curativas, para proteger a los pacientes frente a enfermedades potencialmente mortales y para garantizar que se puedan llevar a cabo procedimientos complejos, como la cirugía y la quimioterapia, con escasos riesgos.*

Precedente en el que sobre el punto de la seguridad hospitalaria relacionada con la prevención de riesgos nosocomiales, concluyó:

“4. Es pues, doctrina probable de esta Corporación, entender que la obligación de seguridad a cargo de centros de salud y hospitales, es dable subclasificarla en atención a la aleatoriedad e imposibilidad de controlar factores y riesgos que inciden en los resultados. En principio y de acuerdo con los estándares técnicos y científicos exigibles a la entidad, es de medio la obligación de seguridad a cargo de estos establecimientos de hacer lo que esté a su alcance con miras a que su paciente no adquiera en su recinto enfermedades diferentes de las que lo llevaron a hospitalizarse.”.

Finalizando este marco jurisprudencial, como fue tema aludido por la parte actora recurrente, en relación del consentimiento informado, se ha considerado:

“En los Estados fundados en la inviolabilidad, dignidad y autonomía de las personas (artículos 1º, 12 y 16 de la Carta Política), para la intervención en el cuerpo de un individuo debe por lo general contarse con el permiso o la autorización del propio afectado (principio de autonomía y libertad). La práctica médica, entonces, se encuentra sometida a varios principios esenciales, los cuales tienen no sólo bases constitucionales sino también un claro soporte en normas internacionales de derechos humanos.

“De ahí, el consentimiento informado o ilustrado materializa el derecho fundamental de todo paciente a tomar decisiones preponderantes en torno a su salud física y mental, por lo tanto, de someterse libre y voluntariamente al diagnóstico o al procedimiento sugerido por el galeno, una vez ha recibido de éste la explicación suficiente, idónea y clara relacionada con el mismo.

“Por esto mismo, el artículo 15 de la Ley 23 de 1981 (Ética Médica), exige al médico no exponer al paciente a “riesgos injustificados” y a solicitar autorización expresa “para aplicar los tratamientos médicos, y quirúrgicos que considere indispensables y que puedan afectarlo física

“Sin embargo, el mal uso y el abuso sistemático de estos fármacos en la medicina y la producción de alimentos han puesto en riesgo a todas las naciones. Hay pocos productos de recambio en fase de investigación y desarrollo. Sin medidas armonizadas e inmediatas a escala mundial avanzamos hacia una era posantibiótica en la que infecciones comunes podrían volver a ser mortales. “Alerta ante esta crisis, la Asamblea Mundial de la Salud de mayo de 2015 adoptó un plan de acción mundial sobre la resistencia a los antimicrobianos...” (<https://www.who.int/antimicrobial-resistance/publications/global-action-plan/es/> página consultada el 29 de enero de 2019)”

o síquicamente, salvo en los casos en que ello no fuere posible”, previa ilustración de las consecuencias que de allí se deriven.

“El precepto citado se complementa con los artículos 9° al 13 del Decreto 3380 de 1981, donde se prevén como “riesgos injustificados aquellos a los cuales sea sometido el paciente y que no correspondan a las condiciones clínico patológicas del mismo”; se impone la obligación de enterar al enfermo o a su familia de los efectos adversos y se establece los casos de exoneración de hacerlo, con la exigencia de dejar expresa constancia de su agotamiento o la imposibilidad de llevarlo a cabo; y se deja la salvedad de que por la imprevisibilidad connatural a la profesión, “el médico no será responsable por riesgos, reacciones o resultados desfavorables, inmediatos o tardíos de imposible o difícil previsión dentro del campo de la práctica médica al prescribir o efectuar un tratamiento o procedimiento médico”.

“El principio de autonomía como el derecho al libre desarrollo de la personalidad en aspectos de la salud, fueron desarrollados en la Resolución 13437 de 1991 del entonces Ministerio de Salud “[p]or la cual se constituyen los Comités de Ética Hospitalaria y se adopta el Decálogo de los Derechos de los Pacientes”, [este último ya aprobado en 1981 por la Asociación Médica Mundial en Lisboa], al determinar en el artículo 1º: “Todo paciente debe ejercer sin restricciones por motivos de raza, sexo, edad, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier índole, origen social, posición económica o condición social: 1º. Su derecho a elegir libremente al médico y en general a los profesionales de la salud, como también a las instituciones de salud que le presten la atención requerida, dentro de los recursos disponibles del país. 2º. Su derecho a disfrutar de una comunicación plena y clara con el médico, apropiadas a sus condiciones psicológicas y culturales, que le permitan obtener toda la información necesaria respecto a la enfermedad que padece, así como a los procedimientos y tratamientos que se le vayan a practicar y el pronóstico y riesgos que dicho tratamiento conlleve”.

“En suma, la ley le otorga al paciente el derecho a ser informado respecto de la dolencia padecida, esto es, saber a ciencia cierta cuál es el diagnóstico de su patología, como también a consentir o rechazar el tratamiento o la intervención quirúrgica ofrecida por el galeno.

“En ese orden de ideas, la información dada debe ser: i) veraz, en cuanto el médico no puede omitirla o negarla, pues carece de la facultad de decidir lo mejor para el enfermo, si éste goza de capacidad de disposición de sus derechos; ii) de buena calidad, mediante una comunicación sencilla y clara, con el fin de que el interlocutor comprenda la patología padecida y el procedimiento a seguir; y iii) de un lenguaje comprensible, entendible, pues en muchas ocasiones lo técnico resulta ininteligible, confuso e incomprensible.” Sentencia SC7110-2017, 24 de mayo de 2017.

Así pues, hemos de adentrarnos en el análisis probatorio pertinente para resolver la alzada.

DESCRIPCION Y ANALISIS PROBATORIO:

De entrada encontramos el historia llevado en la CLÍNICA NOVA y correspondiente a ERICA MILENA GUZMÁN MONSALVE (folio 25 y siguientes principal), la que también fue allegada por tal demandada y se encuentra en el archivo 22 – ContestaciónDemanda-, folios 1-66.

De ella como notas relevantes encontramos anotación del 18/03/2015 que corresponde a “*consulta primera vez*”, en la que no se refieren enfermedades actuales ni antecedentes personales; su motivo “*Senos y abdomen*”, sin que refiera “*Enfermedad actual*”, y niega “*síntomas agudos*”. Como “*Observaciones y medicamentos*” registra “*Nimodipino. Cirugía: cesárea x 3, Tubectomia*”, y del examen físico se destaca:

“Buenas condiciones generales, hipotrofia mamaria, dermolipodistrofia abdominal. Conducta Lipo-abdominoplastia (3 horas), Mamoplastia de aumento (1 hora) Conducta: lipo-abdominoplastia y mamoplastia de aumento.”.

Ya para el 28/03/2015 se registra “*Cita anestesiología*”, donde al día siguiente (29/03/15) obra “*Ingreso preoperatorio*”, y la descripción operatoria (folio28) dice “*previa asepsia – antisepsia campos estériles, infiltración con solución de Klein 2000 cc.*”. Ya el detalle quedó registrado así:

Erita Milena Guzman Monzalve		Particular.
Cirujano: Diego Franco	Ayudante: _____	
Anestesiólogo: Juan Fernando Betancourt	Instrumentador: Sara Cardona	
Tipo de anestesia: <input checked="" type="checkbox"/> General <input type="checkbox"/> Conductiva <input type="checkbox"/> Local		
Resumen de Historia Clínica: Paciente sin antecedentes de cirugía y ingreso en plan quirúrgico de tipo abdominal y mastoplastia de aumento		
DX: Demolipediectomía abdominal		Código: _____
Procedimientos: Asepsia mamaria Lipo-abdominoplastia Mastoplastia de aumento		
Nota Operatoria: Paciente aséptica-antiséptica. Campos estériles establecidos con solución de Isonide. Dopo a aplicación de 1400 cc de mofesol suspendido al aspecto izquierdo. Demolipediectomía abdominal inferior de 1000 cc de 700 g's de grasa inconvenientes Quirúrgicos: Algodón de teter abdominal cortado de hipertrofia. Cierre por planos y de huesos costal-vertebral. Mastoplastia de aumento de 1000 cc de 375 cc de grasa. Sin interacción		
Se da fórmula médica: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Firma y Sello 
Se da incapacidad: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Dias: _____		

También se registró la ficha técnica de los implantes, y en las notas de enfermería (folio 30). Se indica Asepsia PREPODINE SOLUCION; y en cuanto a los procedimientos se relacionaron como:

MONITOREO: <input checked="" type="checkbox"/> EKG <input checked="" type="checkbox"/> SAT O2 <input checked="" type="checkbox"/> PANI <input checked="" type="checkbox"/> Co2	PROTECCIÓN OCULAR: <input checked="" type="checkbox"/> OCLUSIÓN <input checked="" type="checkbox"/> UNGÜENTO <input checked="" type="checkbox"/> TAPÓN FARÍNGEO <input checked="" type="checkbox"/> PLACA ELECTRO	ASEPSIA: <input type="checkbox"/> PREPODINE JABÓN <input checked="" type="checkbox"/> PREPODINE SOLUCIÓN <input type="checkbox"/> CLORHEXIDINA	POSICIÓN: <input checked="" type="checkbox"/> DS <input checked="" type="checkbox"/> DP <input type="checkbox"/> DL
VÍA AÉREA TOT No. <u>6,5</u> LMA No. _____			
PROCEDIMIENTO Asepsia Abdominoplastia Mastoplastia de Aumento	INICIO 14:25 15:30 16:45	FINAL 15:30 17:15 18:00	

Así mismo, la paciente ingresó al quirófano a las 14:15, realizándosele asepsia con "Isonide solución" en áreas quirúrgicas desde hombro hasta "rodillas anteroposterior", mientras la "Instrumentadora Sara Cardona verifica esterilidad de

CLÍNICA PLÁSTICA & ESTÉTICA
N O V A

FORMATO PARA EL REGISTRO DE INSTRUMENTACIÓN QUIRÚRGICA

Página 1 de 1
Código FO-CXI-001
Versión: 02
Fecha: 1/05/2012
Elaborado por Instrumentadores

Fecha: DIA 29 MES 03 AÑO 15

Nombres y Apellidos: **En. Fa. Muratov Monroy** HISTORIA CLÍNICA N.º: **22-212288**

TIEMPO QUIRÚRGICO: INICIO **14:35** FINAL **18:00**

PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO: **Lipoescultura Abdominoplastia Mamoplastia de Aumento**

CIRUJANO: **Dr. Diego Franco**

INSTRUMENTADOR: **Sara Cardona** EDAD:

TIPO DE HERIDA: L P LC C S

PREPARACIÓN DEL PACIENTE		SI	NO
1. Área operatoria rasurada		<input checked="" type="checkbox"/>	
2. Área operatoria limpia		<input checked="" type="checkbox"/>	
3. Vena canalizada		<input checked="" type="checkbox"/>	
4. Consentimiento informado		<input checked="" type="checkbox"/>	
5. Preparación psicológica y espiritual		<input checked="" type="checkbox"/>	

PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO		SI	NO
1. Preparación de instrumental e insumos médicos quirúrgicos- equipos- soluciones.		<input checked="" type="checkbox"/>	
2. Conteo prequirúrgico de gasas y compresas		<input checked="" type="checkbox"/>	
3. Conteo de instrumental inicial		<input checked="" type="checkbox"/>	
4. Revisión de indicadores químicos: cumpliendo de parámetros de esterilización		<input checked="" type="checkbox"/>	
5. Conteo final de gasas completo y compresas		<input checked="" type="checkbox"/>	
6. Conteo de instrumentación completo		<input checked="" type="checkbox"/>	
7. Conteo final de material cortopunzante (agujas y hojas de bisturí)		<input checked="" type="checkbox"/>	
8. Conteo final de suturas		<input checked="" type="checkbox"/>	
9. Paciente sale con dren de cirugía		<input checked="" type="checkbox"/>	

ANEXOS		SI	NO
1. Prótesis u otros: verificar integridad de empaque y registro de Invima		<input checked="" type="checkbox"/>	
2. Hay estudio anatómico patológico: diligenciar la orden y conservación de la muestra			<input checked="" type="checkbox"/>
3. Preparación de medicamentos, dispositivos, etc.		<input checked="" type="checkbox"/>	

Observaciones: **PA P O P O**

Instrumentador quirúrgico: **Sara Cardona Ortiz** No. 5-0079 6383333

Número de registro: 35 / 171

En consentimientos informados, encontramos de: “PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA” (folio 36); “ANESTÉSICO” (folio 38); “ABDOMINOPLASTIA” (folio 42); “LIPOESCULTURA” (folio 47); y, “MAMOPLASTIA DE AUMENTO” (folio 52), destacándose en el numeral 6 la anotación:

“... soy consciente que no existen garantías absolutas del resultado del procedimiento y que no me pueden garantizar los resultados totales de la cirugía porque existen factores biológicos y cicatriciales, inherentes a cada persona que pueden influir negativamente en el resultado de la cirugía”.

En el folleto educativo para el consentimiento informado para la “*mamoplastia de aumento*”, se estableció como riesgo de la cirugía:

“2. INFECCIONES: es poco frecuente, por eso se recomiendan antibióticos después de la cirugía. Si se presentare puede requerirse hasta retirar la prótesis o colocar drenaje para la eliminación de la infección. Es extremadamente (sic) que pueda ocurrir una infección alrededor de una prótesis a partir de una infección bacteriana en otra parte del cuerpo.” (folio 55 principal)

En el mismo orden obra “*LISTADO DE SEGURIDAD QUIRÚRGICA*” con fecha 29/03/15 (folio 58 ppal), en el que se registró administración profilaxis antibiótica en los últimos sesenta minutos (numeral 2), y que la enfermera revisó los indicadores de esterilización, en cuanto a material, equipos, y cualquier otra preocupación (numeral 13).

Seguidamente figura el historial proveniente de la CLINICA UNIVERSITARIA UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA (folio 78 principal), el cual registra como fecha de ingreso el “05/04/15”, siendo el motivo de consulta “*Fiebre y POP lipotrasferencia*”, indicándose “*Paciente con AP de lipotransferencia, cuadro clínico de 3 días de fiebre subjetiva malestar general y disnea, inició ampicilina sulbactam por no mejoría*”, dándose como diagnóstico descriptivo “*COLECCIÓN DE TEJIDOS BLANDOS?*”

En el mismo documento para el 06/04/15 se escribió “*Diagnóstico de ingreso: ANEMIAS POR DEFICIENCIA DE HIERRO SECUNDARIA A PER. SANGRE*”, y ese mismo día a las “02:28” se diagnosticó con:

“Sepsis de tejidos blandos, anemia en el momento sin requerimiento de transfusión, POP liposucción + abdominoplastia+ lipotransferencia glútea + mamoplastia de aumento”, anotándose “ANÁLISIS : POP cx plástica con

fiebre, no hay otro foco visible lo que sugiere que sea secundario a su procedimiento quirúrgico Aumento de reactantes, ECO no hay colecciones, No criterio para transfusión. PLAN: se explica a la paciente el estado actual y que somos un grupo de apoyo, se requiere que sea evaluada por su cirujano plástico para que nos de directrices en el manejo.”

El 07/04/15 a las 00:53 se reiteró el diagnóstico y se señaló que *“Paciente que a pesar de tratamiento con antibióticos continuaba presentando picos febriles”*, registrándose que la enferma fue visitada por el Cirujano DIEGO FRANCO, quien la revisó, cambió apósitos, y le retiró *“dren”* que se encontraba inactivo, constando lo siguiente *“Se le informó al profesional sobre el acompañamiento que debía hacer a la paciente con el grupo de los profesionales de la clínica, se le explicó cómo solicitar autorización para la clave del sistema y poder realizar sus propias notas, y quedó de regresar al día siguiente”*⁵.

Seguidamente se registra la anotación:

“8:48 cirugía plástica. Alta por cirugía general, ya está siendo manejada por el cirujano plástico tratante, pero para el 08/04/2015 se justificación la hospitalización ante “Síndrome febril en estudio y septicemia de origen nosocomial o postoperatoria. Pendiente de Angiotac para descartar TEP, se solicita agregar piper/tazo empírico por sospecha de septicemia de origen sanitario o nosocomial. Se ordenan nuevos hemocultivos.” (sic).

Para el 09/04/15 sobre el diagnóstico se registra como *“Sepsis de tejidos blandos, Anemia, POP, Disnea.”*, dejándose nota que el día anterior fue revisada por el cirujano plástico, quien modificó esquema a Pip/Tazo 4.5 gr/8h y solicita revisión por infectología, donde realizada la correspondiente cita, en el análisis se indica que cursa *“síndrome febril”* con una semana de evolución, *“con*

⁵ En ese mismo sentido se anotó: *“EL CIRUJANO PLÁSTICO QUE LA OPERÓ VINO EN LA NOCHE DE AYER 8 PM, SEGÚN LA PACIENTE LA EVALUA Y LE RETIRA DREN (NO HAY REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA REGISTRO DEL PROCEDIMIENTO)”*.

respuesta inflamatoria sistémica sin un foco infeccioso claro”, sospechándose infección de sitio operatorio.

La correspondiente anotación quedó registrada como:

“10:08 “AngioTAC: Estudio negativo para TEP. Atelectasias subsegmentarias bibasales. Prótesis mamarias bilaterales con cambios edematosose inflamatorios de la piel y el tejido celular subcutáneo circundante con líquido en cantidad escasa adyacente a ambos polos superiores de la prótesis que presentan niveles hidroaéreos y discreto realce en sus contornos. Puede corresponder al POP temprano.”

Para el 10/04/15 se registra: *“Síndrome febril en estudio y sepsis de origen postoperatorio. Transfusión de glóbulos rojos. Cirugía plástica solicita cultivo de secreción herida mama derecha.”*; luego, el 11/04/2015 se reporta que el médico FRANCO solicita *“PUNCIÓN GUIADA POR ECOGRAFÍA EN AMBAS MAMAS.”*, y al 12/04/15 se tiene que en TAC se evidencia *“colección de mamas”*, por lo que al día siguiente se efectuaría drenaje guiado por eco, y de resultar positivo de plantea *“explantación de prótesis”*, mientras que el 13/04/15 se anota drenaje de mama izquierda con extracción de material purulento, y por cirugía plástica se sugiere retiro de las prótesis.

El día 14/04/15 se escribe como diagnóstico infección del sitio operatorio, *“POP, anemia normocítica por pérdidas sanguíneas”*, planteándose como objetivo el retiro de prótesis *“por probable foco sepsis”*, lo que en efecto se realiza sin inconvenientes.

Para el 16/04/14, se atesta que la paciente refiere mejoría sin referir *“picos febriles”*, cuyo análisis se reportó *“EN CULTIVOS DE DRENAJE DE COLECCIÓN MAMARIA SE EVIDENCIA E. COLI Y KLEBSIELLA . SENSIBLE A CIPROFLOXACINA”*; luego, el 17/04/15, el diagnóstico se anotó como *“POP explante mamario (14/04/15)”, para reportar “infección de sitio operatorio por E. coli y K. pneumoniae”, y seguidamente se dijo “POP de liposucción,*

más abdominoplastia, más lipotransferencia glútea, más mamoplastia de aumento (29/03/15)... Anemia normocítica normocrómica por pérdidas sanguíneas.”. En esa misma fecha fue dada de alta.

Otra historia clínica allegada fue la seguida en COOMSOCIAL – BELLO con fecha 21/04/2015 (folio 97 principal), refiriendo a consulta ante debilidad, mareos, adinamia y fiebre, reportándose como diagnóstico *“infección local de la piel y del tejido subcutáneo no especificada”*, por lo que se *“redirecciona”* a enfermería para retirar los puntos de mamas, ombligo e hipogastrio.

También fue allegada orden del medicamento *“sertralina”*, prescrita por SALUD MENTAL INTEGRAL (folio 101 C001), así como *“Ultrasonografía de vías urinarias (riñones, vejiga y próstata transabdominal)”* del 12/12/2016 (folio 106 ídem), terminando con la Impresión diagnóstica:

“NO SE LOGRA VISUALIZAR ADECUADAMENTE EL RIÑÓN DERECHO SOBRE TOPOGRAFÍA DEL MISMO SE OBSERVA IMAGEN ANECOICA DE ASPECTO QUIÍSTICO... HIPERTROFIA RENAL IZQUIERDA COMPENSATORIA... VEJIGA DISTENDIDA CON FINOS ECOS EN SU INTERIOR MÓVILES A CORRELACIONAR CON EXÁMENES DE LABORATORIO DESCARTAR ITU”.

También se observa historia clínica dimanada del CENTRO DE ESPECIALISTAS con fecha 05/01/2017 (folio 115 C001), donde el motivo de consulta fue: *“paciente monorrena de nacimiento. con infecciones urinarias de repetición. eco con hipertrofia renal izquierda compensatoria no visualiza riñón derecho.”*

En el mismo sentido observamos atenciones médicas brindadas por la EPS Sura a la paciente-demandante, desde el año 2005 al 2022. (archivo 71HistoriaClínica), indicándose que antes de las cirugías plásticas solo reportó infección urinaria el 23/08/2014 y el 11/09/2014, y en ninguna de las historias se dijo que era

monorrea, situación que solo se reporta a partir de la historia clínica del 21/04/2015, es decir, con posterioridad a las intervenciones estéticas y a la hospitalización en la Clínica Bolivariana.

Finalizando este tipo de probanzas encontramos respuesta dada por la Secretaría de Salud de Antioquia (archivo 51Respuesta Oficio SSSYPSA28Sep), indicando que la CLÍNICA NOVA tiene habilitados servicios farmacéuticos, anestesia, y cirugía plástica y estética, y en las visitas de vigilancia y control efectuadas en los últimos 10 años, se obtuvo como información:

FECHA	TIPO VISITA	RESULTADO DE VISITAS
7/10/2015	Visita de Inspección Vigilancia y control	Incumplimientos al Sistema único de Habilitación
26/04/2019	Visita programada	Incumplimientos al Sistema único de Habilitación
13/05/2021	Visita de Inspección Vigilancia y Control	Incumplimientos al Sistema único de Habilitación

También encontramos documentos, pero que a esta altura no serán evaluados y solo lo serán a la hora de superarse el elemento culpa probada, como son:

- Letra de cambio a favor de JOHN FERNANDO HIDALGO RENDÓN por valor de \$9'000.000,00, pagaderos el 30 de diciembre de 2015. (fl 123 - 052666310300320200003000_C001 - C001 - EXPEDIENTE DIGITAL).
- Certificación valor pagado por procedimiento realizado el 18 de diciembre de 2015, expedido por el especialista en cirugía plástica estética y reconstructiva HERMANN DAZA MANJARRÉS.
Diagnóstico: atrofia de la mama.
Procedimiento: reconstrucción de mamas con implante bilateral.
Valor cancelado: \$4'500.000,00.

Se indica por el médico, que para la fecha de la cirugía pertenecía al régimen simplificado de impuestos por lo que no era posible enviar una factura pues dicho régimen establece la no obligatoriedad de facturar. (folio 127 - 052666310300320200003000_C001 - C001).

Entrando a las experticias recaudadas, encontramos el dictamen pericial presentado por el infectólogo WILMAR ARLEY MAYA SALAZAR (archivo 36 DictamenPericial05Ago), médico especialista en enfermedades infecciosas y experto en ello relacionados con procedimientos médicos quien reportó más de diez (10) años de experiencia. El mismo señaló que:

“Las infecciones asociadas a cualquier tipo de cirugía son un riesgo inherente al procedimiento mismo y no es posible evitar que ocurran en la totalidad de los procedimientos es por tanto que los servicios de salud toman una serie de medidas para mitigar este riesgo e intentar llevarlo a su mínima expresión el cual en Colombia es aceptado por las autoridades regulatorias hasta un 5%. Las medidas que tienen suficiente evidencia científica para mitigar dicho riesgo y ampliamente aceptadas por la comunidad médica experta en este tema son: esterilizar correctamente todo el instrumental e indumentaria necesario para la intervención quirúrgica; correcta limpieza y asepsia de la piel del paciente en la zona que se realizara la intervención; correcto lavado de manos quirúrgico antes de la cirugía y luego el uso de indumentaria estéril (ropa quirúrgica y guantes) durante esta; aplicación de antibióticos antes de la incisión quirúrgica (práctica conocida como profilaxis prequirúrgica)”.

Respecto a las previsiones en las instalaciones, señaló que estas deben tener:

“Salas para procedimientos quirúrgicos que cumplan las normas de habilitación entre ellas superficies fáciles de limpiar, flujos de aire laminar, espacios que permitan la movilidad, zonas para el adecuado lavado quirúrgico de las manos, disponibilidad de recursos para las asepsias.”

Del caso concreto indicó que en el procedimiento quirúrgico realizado a GUZMÁN MONSALVE, las previsiones tomadas fueron:

“Informar a la paciente de sus riesgo, lo cual se evidencia en la firma del consentimiento informado.

- Lavado quirúrgico de las manos del personal que haría la intervención previo al procedimiento según protocolos institucionales.

- Asepsia de la zona quirúrgica con solución de prepodine (según protocolos internacionales, evidenciado en nota de descripción operatoria y en nota de enfermería ambas del 29 de marzo de 2015.

- Esterilización del material y los equipos necesarios para la cirugía, evidenciado en formato de registro de instrumentación quirúrgica del 29 de marzo de 2015. Ciclo 1157

- Profilaxis antibiótica antes de la incisión quirúrgica la cual tiene como objetivo matar las bacterias que intenten entrar al lecho de la cirugía a partir de vías endógenas (es decir bacterias propias del paciente). Se uso cefazolina 2 g (según protocolos internacionales), evidenciado en nota de ingreso pre-operatorio del 29 de marzo del 2015”.

Después de relatar tales prevenciones, indicó que revisada la historia clínica, no encuentra que se hayan transgredido las recomendaciones necesarias para disminuir el riesgo de infección, y que la presentada se manejó por el médico de forma adecuada, y que de los cultivos tomados varios cultivos se descarta que se adquirió en la cirugía, dado que se satisfacen todas las precauciones recomendadas, siendo posible que se deba a bacterias transitorias que presente la paciente, precisando que:

“Dado que se tomaron todas las medidas necesarias para mitigar el riesgo de que se presente una infección de sitio operatorio no encuentro una relación causa-efecto evidenciable en este caso en particular y si se llegó a presentar la infección en el posoperatorio tardío es más probable a que se deba a factores no relacionados directamente con la cirugía o con el equipo que intervino en ella”.

También rindió dictamen pericial realizado el 22 de septiembre de 2022 por el doctor DUBAN ENRIQUE PAJARO CANTILLO (archivo 56 AnexosMemorialDemandanteDescorreTraslado Contestación), médico general, magíster en salud pública y especialista en derecho médico, quien como fuentes de información refirió a historia clínica y fórmulas médicas tanto de la clínica demandada y la UNIVERSITARIA PONTIFICIA BOLIVARIANA.

Después de hacer recuento de las historias clínicas, del caso refiere:

- La paciente fue valorada de forma oportuna por el servicio de urgencias, pero se presentaron demoras para la atención por la especialidad de cirugía plástica de su médico tratante, y por ende de tratamientos hospitalario requeridos, quedando demostrado que la fuente de la complicación y la falla del procedimiento mamario se debió al acto quirúrgico realizado en la CLÍNICA PLÁSTICA Y ESTÉTICA NOVA S.A.S..
- Previo al procedimiento realizado la paciente era sana.
- Se presentan irregularidades en el orden cronológico de la historia clínica, incumpliendo la Resolución 1995 de 1995..
- No queda claro que por parte de los profesionales de la CLÍNICA PLÁSTICA Y ESTÉTICA NOVA SAS se haya dado explicación de las consecuencias y riesgos de los procedimientos.
- Se evidencia con relación a los procesos prioritarios, falencias en el programa de seguridad del paciente y las guías de práctica clínica, como el egreso temprano (Resolución 2003 de 2014 hoy 3100 de 2019 del Sistema Único de Habilitación 8. 3. 1 estándares de habilitación).

Así concluye que:

“[c]on todas las pruebas aportadas para el respectivo análisis de las afectaciones de la paciente ERICA MILENA GUZMAN MONSALVE ocasionada por la atención en la institución prestadora de servicio – CLÍNICA PLÁSTICA Y ESTÉTICA NOVA S.A.S. de la ciudad de Medellín – Antioquia, se

atribuyen, a que su síndrome febril fue producto de una infección de origen nosocomial, en otras palabras se trata de una infección asociada a la atención en salud que por el desconocimiento de los protocolos de ingreso y egreso, así como las guías de práctica clínica sumaron a que en menos de 72 horas de su egreso, presentara un cuadro infeccioso que terminó con el retiro de sus implantes mamarios, evidenciando las fallas y complicaciones en la prestación del servicio tal como lo soporta la evidencia clínica y científica, de igual forma queda demostrado la actitud negligente y omisiva por parte de los profesionales en tratantes en subestimar su condición de salud por la cual atravesó el paciente al momento de la atención, que maximizaron el riesgo de sus complicaciones, de igual forma hay pruebas suficientes en la historia clínica que relacionen el hecho de imputar sus complicaciones a los errores en la prestación de servicios de salud, así como las fallas administrativas, el desconocimiento e incumplimiento de la norma regulatoria de salud en Colombia y a la negligencia y/o omisión de los profesionales de la salud y de las instituciones prestadoras de servicios de salud, por otra parte es claro que existe un vínculo entre el hecho y el resultados, en otras palabras la causa de sus complicaciones son atribuible a una persona natural o jurídica (Institución prestadora de servicios de salud) por existir una relación entre el supuesto hecho dañino y la imputación, esto en virtud de la teoría de causalidad adecuada para el caso puntual.”

En las exposiciones sustentó de las anteriores, en primer lugar el doctor PÁJARO CANTILLO (minuto 24:00 – 64AudienciaParte4), reiteró su condición de médico especialista y magister en salud pública, especialista en derecho y responsabilidad médica, enfatizando que no tiene relación con la paciente y que fue su abogada quien lo buscó para rendir el dictamen.

De su experiencia en la materia dijo que ha rendido dictámenes en cirugía estética, mortalidad materna e infantil, y eventos adversos asociados a la atención en salud, tanto como judiciales aunado a que desde el año 2011 trabajó en la Secretaría de Salud de Antioquia, haciendo análisis y experticias de muertes e interés en salud pública. Que su formación es en el área jurídica del sector salud (derecho médico), teniendo experiencia en inspección, vigilancia y control a instituciones prestadoras de

servicio de salud, públicas o privadas, que deben cumplir con unos requisitos mínimos que exige la norma.

Que la información para el dictamen la tomó de la historia clínica, de la que verifica si en los servicios prestados se cumplió con las normas, para lo que inicia con el consentimiento informado, el que no debe contener apreciaciones generales e imprecisas.

Llámale la atención que una paciente que entra sana y es expuesta a dos o tres procedimientos quirúrgicos, dentro de las primeras 48 a 72 horas posteriores presenta signos y síntomas de cuadro infeccioso, por lo que conforme la Resolución 2003 (hoy 3100), si la persona está en un ámbito hospitalario y presenta cuadro infeccioso dentro de las 72 primeras horas al ingreso, se considera que es infección “*nosocomial*”, significando que se adquirió en el hospital o sitio sanitario.

Que los gérmenes que se encontraron en esa infección no son comunes (se encuentren normalmente en el ámbito, en la piel), sino son netamente nosocomiales u hospitalarios que debían ser mitigados dentro de los procesos de asepsia y antisepsia, y que según la literatura médica existe el riesgo que se encuentran en: uno, la técnica quirúrgica; dos, la asepsia-antisepsia en el sitio operatorio; tres, el instrumental quirúrgico; cuatro, el riesgo de contaminación cruzada; y una quinta posibilidad, que los implantes estén contaminados.

Si se trata de una institución que tiene todo aplicado y documentado no debe existir ese riesgo de infecciones, porque el germen que se identificó es nosocomial, la “*Escherichia Coli*” que se encontró en el cultivo de ERIKA se encuentra en las heces fecales, es un germen que se encuentra en el tracto digestivo, y la “*Klebsiella pneumoniae*” es una bacteria que solamente está en el ámbito hospitalario.

Entonces, si dentro de las primeras 48 o 72 horas de haberse intervenido la paciente adquiere, es nosocomial, habiendo un deber objetivo de cuidado por parte de la IPS y del médico que realizó el procedimiento, para que la paciente no llegue a una complicación. En este caso, el médico que operó fue a valorar a la paciente a la CLÍNICA BOLIVARIANA 24 o 48 horas después de la notificación, recordando que de los artículos 15, 16 y 17 de la Ley 23, el médico no expondrá a riesgos injustificados, y ello también se refiere a la Institución.

Que el síndrome febril tuvo origen nosocomial (hospitalario), es decir, sanitario, lo que está sustentado y documentado con los artículos científicos y con la norma en Colombia de atención en salud, y cuando se encuentra en la heces fecales como es la E. Coli, es porque hay desconocimiento de protocolo de ingreso y de la guía, infección que puso en riesgo la vida de la paciente porque devino en septicemia.

Que a la paciente le hicieron liposucción, procedimiento más grande que una implantación mamaria, donde aquella no presentó ningún tipo de afectación, y después que le retiran las prótesis y le sacan líquido, empieza a mejorar clínicamente y se aísla el germen que originó la infección que puso en riesgo su vida; además que la historia clínica incumple la norma al estar incompleta y mal elaborada, no se entiende la letra, no se pone el número de la historia clínica, ni la fecha, y hay varias personas escribiéndola, de donde se advierten falencias de la institución en el control y en la aplicación de los estándares mínimos de calidad, que conllevaron a poner en riesgo a la demandante.

Que no se cuestiona el trabajo del cirujano, sino que de la historia clínica ve falencias en los requisitos de habilitación y las exigencias de elaboración y diligenciamiento del consentimiento informado (Resolución 1995 de 1999), en lo que se basa en las de NOVA y de la PONTIFICIA BOLIVARIANA, así como en los

resultados de laboratorios de los cultivos y los diferentes exámenes realizados.

De la historia de la CLÍNICA NOVA se desprende que la paciente era sana, lo que se evidencia en los exámenes pre quirúrgicos, recalcando que los consentimientos informados se deben detallar los riesgos, es decir, especificar el tipo de infecciones o de hematomas a los que se hace referencia. Ello por cuanto el consentimiento informado es un traslado del riesgo.

A la paciente le hicieron varios procedimientos y se presentó infección en las mamas, por lo que pudo haberse presentado “*contaminación cruzada del sitio operatorio*”, y al momento de colocar los implantes estos llevaron las bacterias que se colonizaron dentro de la mama, y en 24 horas una cantidad mayor, pese que en el caso se colocó profilaxis y se realizó todo lo que por norma se dice.

Es enfático que el consentimiento informado lo debe realizar cirujano mas no el auxiliar administrativo, porque es la prueba reina que exime al médico de responsabilidad, y luego de aclarar que no es experto en infectología, en la educación médica les enseñan a diferenciar entre una infección nosocomial y la común, y cuáles gérmenes son más frecuentes en cada una de ellas.

Que tiene experiencia en enfermedades de origen nosocomial, porque a eso se dedicaba en materia de inspección, vigilancia y control en la entidad de salud del Departamento de Antioquia, donde investigaba las diferentes infecciones nosocomiales que existían y las causas de muerte por eventos de salud pública.

Reitera que la infección sanitaria o nosocomial es la que se adquiere en un sitio hospitalario, y ese tipo de infección fue la que se registró en la historia clínica, sin que se reportaran urinarias, y el hecho que la paciente fuera “monorrena” no incide, pues las

personas con un solo riñón pueden vivir normalmente, además eso se observa en los exámenes pre quirúrgicos (orina, creatinina, hemograma), los cuales identifican infecciones de vías urinarias, y que debieron haberse pedido.

Según la historia clínica de la CLÍNICA NOVA, a la paciente se le realizó profilaxis pre quirúrgica, pero no se habla de lavado de manos del personal que haría la intervención, sino de asepsia y antisepsia en el área quirúrgica con “*prepodine*”, aunado de la esterilización del material y los equipos a utilizar.

Que una paciente monorrena, con infecciones urinarias constantes, la vejiga caída, y con un quiste donde no se le formó el riñón, es médicamente sana mientras no tenga una infección activa; pero la misma debe informarlo al médico, y es este quien define ello es relevantes; precisando que el consentimiento suscrito por la paciente y su acompañante, textualmente se informó que uno de los riesgos es la infección, y que incluso de presentarse podría requerir el retiro de las prótesis.

Respecto al tiempo que debe transcurrir para dar de alta después de una cirugía plástica, depende de los protocolos y guías que tenga adoptada la institución, pero normalmente es entre dos (2) y cuatro (4) horas después del acto quirúrgico, que corresponden a la recuperación de la anestesia, donde en la historia se registra ingreso y salida, 1:00 pm y 6:00 pm, pero no se precisa tiempo de recuperación, y teniendo en cuenta lo que pueden durar los procedimientos practicados más los preoperatorios, tal lapso debió ser menor a 2 horas, por lo que su inquietud está en los tiempos.

Sobre la historia clínica de la CLÍNICA NOVA, que no tiene fecha, número, ni está escrita la enfermedad actual del paciente, que es un tema netamente médico, dentro de los antecedentes personales se subrayó completamente el “no”, pero no hay

impresión diagnóstica, solo hay conducta, y tampoco se indica que la paciente era “*monorrena*”; requisitos que se encuentran en la Resolución 1995 de 1999 (artículos 3 al 11).

Que normalmente las personas pueden tener la “E-Coli” en las manos, pero para este caso para que prolifere tal bacteria y llegue a un proceso de septicemia, tiene que haber una carga grande, como fue la que se alojó dentro de la mamá (no fuera de ella), y se presentó dentro de las primeras 72 horas, introduciéndose dentro del procedimiento quirúrgico y generó la proliferación, aclarando que las infecciones pueden migrar de un sitio a otro.

Conforme la historia clínica, la especialidad de infectología no estuvo siempre presente en la revisión de la actora, aunque no siempre esa especialidad es la encargada de examinar ese tipo de pacientes.

Expuso que no encontró documentos clínicos indicativos que posterior a la cirugía, la CLÍNICA NOVA hubiese realizado seguimiento a la paciente, ni que se hubiese realizado seguimiento sobre la infección nosocomial descrita por la CLÍNICA BOLIVARIANA como sitio de hallazgo del procedimiento quirúrgico realizado en la demandada.

Finalizó diciendo que la interpretación de la norma médica puede ser subjetiva y tener vacíos, pero que es claro que se presentó una infección netamente nosocomial, y lo que se busca con la norma precisamente es que los pacientes sometidos a cualquier acto quirúrgico o procedimiento no salgan con una enfermedad diferente a la de su ingreso, pues las IPS deben mitigar todos los riesgos para que no se presenten esas complicaciones.

De otro lado, en su sustentación el perito WILMAR MAYA SALAZAR (archivo 66AudienciaParte6, 73AudienciaParte7 y 74AudienciaParte8), médico especialista en Medicina Interna y

enfermedades infecciosas, de entrada dejó en claro que ha tenido vínculo con la CLÍNICA codemandada, en cuanto le ha prestado servicio de asesorías relacionadas con control de infecciones, y una pericia en otro proceso.

Que lo que hizo fue evaluar la historia clínica para determinar si había o no una infección secundaria directamente causada por la atención en salud, para definir si había responsabilidad de tipo institucional, donde para el efecto revisó los datos de evaluación pre quirúrgica, pre anestésica, consentimientos informados, evaluación pre operatoria de enfermería, notas quirúrgicas del día, y un resumen del historial de la CLÍNICA BOLIVARIANA.

Que en la Institución donde labora lo que hace es evaluar los casos asociados a la atención en salud, y definir si hay posibilidades para mejorar el proceso, y lo primero que se hace es verificar que se hayan cumplido todos los pasos que establece la *Lex artis*.

Así, para que ocurra una infección de sitio operatorio tiene que existir la entrada de un microorganismo al "*lecho quirúrgico*", bien sea en el momento de la cirugía o hasta 30 días después de ella, y en cualquier momento de este interregno puede ocurrir el proceso infeccioso, entonces lo que se evalúa es si se incumplieron las medidas recomendadas por la ciencia.

Para el efecto, lo primero es determinar si todas las personas que van a participar en la cirugía tuvieron una adecuada higiene de manos, que es lo que se llama "*asepsia y antisepsia prequirúrgicas*", y para el caso se verificó que todos los intervinientes realizaron adecuadamente ese procedimiento, por lo que estaban libres de riesgos potenciales de transmitir infección; aunado que de la historia clínica se tiene que el material quirúrgico que se iba a utilizar estaba adecuadamente esterilizado.

Adicionalmente, en la lista de chequeo institucional se verificó que se cumplió con la esterilización de todo el material, lo que también ocurrió con la medida de profilaxis prequirúrgica, que es la aplicación de antibióticos antes de la cirugía, y con ello lo que se busca es impregnar el tejido de antibióticos antes que el cirujano realice la primera incisión, lo que se debe colocar mínimo dos horas antes del inicio de la cirugía, y eso se confirmó.

Sobre la antisepsia al lecho quirúrgico cada institución tiene sus protocolos, a fin de barrer las bacterias que estén en el sitio a operar, y al cumplirse con esos parámetros el riesgo de infección estaba adecuadamente mitigado, aunque siempre existe la posibilidad de desarrollarla en los procedimientos quirúrgicos, donde el deber de las instituciones de salud es mitigar el riesgo.

Que revisó los consentimientos informados, y en uno de ellos se le advirtió la paciente la probabilidad de infecciones, dado que en ello el riesgo nunca es “cero”, y de los resultados de los cultivos que se realizaron a las prótesis, el infectólogo de la CLÍNICA BOLIVARIANA concluyó que posiblemente se trataba de una infección asociada a la atención en salud, que se conoce como “nosocomial”, o sea la que ocurre dentro de los 90 días siguientes en el que se pusieron cuerpos extraños, pero ello no quiere necesariamente decir que la institución haya fallado en sus procesos de atención, simplemente que hay un riesgo “*basal*” de que eso ocurra.

Según la literatura, en las tasas de infección en Colombia, la máxima de infección para las cirugías generales es del 5% y para las cirugías limpias del 3%, ello porque no todas las infecciones se pueden evitar, y los índices de la demandada son adecuadas porque están por debajo de esos valores, concluyéndose que hay buenas prácticas, por lo que no encuentra elementos para

concluir que la presentada fue consecuencia directa de una mala praxis en la cirugía.

Enfatizó que hay razones por las cuales las infecciones se pueden presentar, y no necesariamente es por la cirugía; ejemplo, si se tienen heridas en la boca ya que las bacterias circulan por la sangre; igual cuando se tiene estreñimiento y hay pequeñas fisuras en la región anal, lo que también puede suceder cuando hay diarrea.

Entonces, normalmente cuando esas bacterias circulan en la sangre el sistema inmune las extermina y se resuelve el problema, pero cuando hay alguna herida en el cuerpo y las bacterias están circulando por la sangre, existe la probabilidad que se adhieran a la herida y a partir de allí se desarrolle una infección; riesgo que siempre existe, siendo imposible llevarlo a cero después de una cirugía, donde debe evaluarse que se haya cumplido con el mitigar el riesgo según la *Lex artis*.

Dejó en claro que no ha laborado directamente para la clínica, pero si le ha realizado pericias con el correspondiente pago de honorarios, donde después le solicitaron sugerencias para mejorar los procesos, y les recomendó llevar estadística de las infecciones asociadas a la atención en salud, porque eso demostraba la buena práctica, sin que le pagaran dinero adicional por esa recomendación.

De la clínica le informaron que la tasa de infección del total de cirugías es por debajo del 1%, y para realizar el dictamen consideró un resumen de la historia clínica de la CLÍNICA BOLIVARIANA y toda ella de la CLÍNICA NOVA, aunque no vio todos los resultados de los exámenes practicados, sino solo los iniciales y los hemocultivos, pero los otros resultados los observó después de hacer el reporte escrito, pero esta circunstancia no habría variado el reporte.

Que en los documentos no verificó que se hubiera hecho la asepsia del quirófano como tal, indicando que las infecciones de sitio operatorio se clasifican en superficial, profunda y órgano-espacio. Las primeras solo comprometen la piel, las segundas el músculo, y las de órgano-espacio el órgano profundo que intervienen quirúrgicamente; aunque en mama hay discusión, porque esta se considera realmente como un órgano profundo.

Dijo que para que la infección proliferara se necesitan alrededor de 100.000 bacterias por gramo de tejido, pero también depende de las condiciones del paciente, cuando hay inmunosupresión o las defensas están bajas, como en este caso, se pueden necesitar menos, aunque existen microorganismos que de forma natural protegen la piel.

Con posterioridad a su informe se dio cuenta que el germen aislado en el material post quirúrgico de la extracción de la prótesis, era E- Coli y Klebsiella pneumoniae, que son dos microorganismos del tracto gastrointestinal que no se encuentran en la piel.

Ejemplificando, dijo que un lavamanos botando agua no se considera un foco de infección, porque el agua que sale de él se considera limpia, pero si queda agua acumulada genera un foco de bacterias, sin embargo estas no son capaces de saltar al cuerpo del paciente, porque las bacterias no vuelan, tiene que ser que alguien toque esa agua y después al paciente con las manos contaminadas. Recalcó que cualquier procedimiento que se le realice donde se rompa la piel tiene riesgo de infección.

Que en el consentimiento informado se le explica al paciente los riesgos más relevantes y probables, y que entrar en detalle de todos ellos y sus consecuencias dificulta el entendimiento por parte del paciente.

Sobre la antisepsia del paciente, consiste en que se le quita la ropa, si está visiblemente sucio se hace un barrido con agua, se aplica jabón yodado, clorhexidina o una solución alcohólica, con la que se barren las bacterias, luego se echa líquido para retirar los excesos de ese jabón. En la historia clínica se reporta que a la demandante se le hizo la antisepsia antes de la cirugía, donde en una mayor, como la realizada, por protocolo se recomienda profilaxis prequirúrgica, la que en el caso se aplicó.

Que no encontró ninguna falla en las recomendaciones para mitigar el riesgo de infección, por lo que considera que se tomaron todas las medidas de forma adecuada, agregando que las alteraciones de la vía urinaria aumentan el riesgo y la probabilidad de sufrir infecciones urinarias, por lo que si la paciente era “monorrena”, y tiene conocimiento de ello, es importante que lo manifieste al médico, porque tal antecedente conlleva el riesgo de tener infecciones urinarias y éstas podrían ser un foco después la cirugía, además que permite explicarle mejor todos los riesgos; y si no le informó, el médico no busca alteraciones anatómicas internas para hacer la cirugía, solo se interroga por los antecedentes; y conforme a la historia clínica, a la paciente se le preguntaron antecedentes médicos.

Sobre la infección y posterior explantación de prótesis, estaba consignada en el consentimiento informado, porque allí se dice que no se pueden asegurar los diferentes desenlaces y consecuencias.

De las Infecciones Asociadas a la atención en Salud (IAS), son las que ocurren en el contexto de la atención hospitalaria o procedimiento relacionado con aquella, dentro de las que están: la del sitio operatorio; neumonía asociada a ventilación mecánica; e infecciones por catéteres; donde en las primeras en Colombia está permitido un riesgo de hasta el 5% para todas las cirugías, y

un 3% para las cirugías limpias, y los altos estándares están por debajo del 1%.

Infección de sitio operatorio quiere decir del lugar anatómico, en este caso la mama, única presentada en las presentes, precisando que el ser “nosocomial” no quiere decir que la Institución cometió un error o hizo mal su trabajo, pues existen los riesgos permitidos, dado que en medicina no hay certezas sino que se basa en probabilidades.

Así, toda infección ocurrida en contexto hospitalario es nosocomial, pero no todas estas son responsabilidad directa de la institución hospitalaria.

Que desde el punto de vista médico es probable que si se tiene una infección urinaria, la bacteria circule por la sangre y se pueda pegar de los sitios que están cicatrizando, y las bacterias encontradas en la paciente podrían causar infección urinaria, o estando en el tracto gastrointestinal viajen por la sangre; llamándole la atención que en los cultivos las bacterias eran sensibles a todos los antibióticos (siendo estas las que todos tenemos), en cambio las resistentes a los antibióticos suelen ser las asociadas a contextos hospitalarios.

Cuando un paciente tuvo varias intervenciones puede presentar infección general, es decir en todos los focos que fueron intervenidos, o solo uno de ellos (infección localizada), y normalmente cuando se infecta en el momento de la intervención por contaminación de los equipos, todos los focos de cirugía se suelen infectar, pero cuando se infecta uno solo es más probable que sea por una bacteria transitoria; pero ello es una probabilidad sin certeza ni forma de probarlo.

Se considera que una institución tiene buenas prácticas para prevenir la infección de sitio operatorio, cuando cumple con los

protocolos de habilitación, y si están habilitados es porque les revisaron las guías de manejo son evaluadas, donde el tener listas de chequeo de verificación de material antes de llevar a cirugía, es otra buena práctica, lo que también lo es que cada profesional que intervenga tenga su nota, enfermería, instrumentación, anestesia y el cirujano.

Si las tasas de infección de la Institución están en rango por debajo de lo esperado, es porque tienen buenas prácticas, sin que considere que se hubiera generado un riesgo de infección a partir de los procedimientos realizados por la clínica o el cirujano, y como se pudo infectar la paciente es que haya tenido una bacteria transitoria de otro foco y se haya sembrado en el sitio de la cirugía, dado que fue una infección focal, pues son bacterias propias del tracto gastrointestinal sensibles a los antibióticos, insistiendo que en medicina no hay certezas, y en el caso con los datos que se tiene, no es factible determinar causa-efecto entre la cirugía y la infección.

Indicó que no tiene interés personal en las resultados del proceso, y que en el historial de la CLÍNICA BOLIVARIANA no se documenta ninguna infección urinaria, por lo que la posible causa infecciosa la sacó de su conocimiento médico, pues así lo indicó en su dictamen ya que en el resumen que le proporcionaron no estaban los resultados de los cultivos (decía negativo a la fecha), aunque luego tuvo acceso a la historia completa, y allí ya se determina cuáles son las bacterias.

Precisó que no tuvo acceso a las 35 páginas de historia clínica que se aportó con la demanda, sino a su epicrisis –resumen-, conociendo tal historial completo después de presentar el dictamen, donde en aquella –epicrisis- los hemocultivos salían negativos para infecciones de sangre, pero es una posibilidad que las bacterias hubieran viajado por la sangre, porque solo el 70% de sus cultivos de sangre, aun teniendo bacterias, son positivos.

Que en la historia aparece que el foco está en las mamas, y no en la sangre ni vías urinarias, porque los cultivos fueron tomados en cirugía, por lo que no considera que exista nexo causal entre la cirugía y la infección, y para determinar ese vínculo tendría que encontrar fallas en el proceso de atención, y no lo ve, porque el material de la cirugía está estéril, los médicos y el personal se lavaron las manos, se hizo asepsia y profilaxis antes de la cirugía, entonces no es factible decir que la bacteria entró en el momento de la cirugía. Enfatizó en la correcta praxis.

Reitera que infección nosocomial no significa que ocurrió en el momento mismo de la cirugía, pudo ocurrir dos y hasta un mes después de la cirugía, inclusive en una mamoplastia con material protésico 90 días después de la cirugía, y se puede adquirir en cualquier momento. La definición epidemiológica no significa causalidad, mientras que cuando la infección es causada por una bacteria generada en otra infección como la urinaria, suele suceder que se pegan a todos los sitios que están en cicatrización, pero puede ocurrir también en cualquiera de los focos, en todos, o en uno.

Con el conocimiento que luego tuvo de la historia clínica completa, su dictamen no cambia, porque el desenlace es una infección de sitio operatorio con microorganismos confirmados, y las medidas de prevención para evitar que ocurriera se tomaron, por lo que no puede determinar médicamente que fue por una mala praxis, para finalizar diciendo que la bacteria que tenía la paciente se determinó con los cultivos tomados en cirugía cuando retiran las prótesis, porque los cultivos tomados con anterioridad eran negativos.

Valga anotar por la Sala que en la audiencia se accede al correo mediante el cual se le compartieron los documentos para realizar el dictamen, entre los que se encontraba la historia de la CLÍNICA

BOLIVARIANA, y allí se estaba el resultado de infectología, y frente a ello explicó que no lo vio.

De otro lado, y ya no como experticias, sino como interrogatorios, comenzamos por el rendido por el doctor DIEGO HERNÁN CORREA PARRA (hora 1:08:20 – 74AudienciaParte 8), en su condición de Director la CLINICA NOVA (desde junio de 2010), quien expuso que para obtener la habilitación debió cumplir con estándares agrupados en siete (7) grupos; talento humano, infraestructura, suministros, equipos en procesos, historia clínica, e interdependencia de servicios; sin que pudiera prestar los servicios sin cumplir esos protocolos.

Que en la “*escala de Aldrete*” (documento “postoperatorio recuperacion” que está en la historia de la CLÍNICA NOVA), la cual sirve para determinar el momento oportuno para dar de alta al paciente, se miden signos como respiración, circulación, conciencia y color de la piel, y quien firma el acta de alta es el anesthesiólogo, donde en este caso la paciente ingresó a las 18:10 a sala de recuperación, y fue dada de alta a las 20:15, o sea 2 horas y 5 minutos después de ese ingreso, considerando que en promedio la recuperación del post quirúrgico son dos horas, aunque hay casos que pueden demorar más, pero en este la paciente tuvo un buen despertar y buena recuperación.

Que la Dirección Seccional de Salud de Antioquia, nunca los ha sancionado, habiendo sido visitados en varias ocasiones y han subsanado los requerimientos e “incumplimientos”.

Por su parte ERICA MILENA GUZMÁN MONSALVE (minuto 18:50 – 61AudienciaParte1), dijo que es técnico en talento humano y administración y abogada recién egresada, y que en el año 2015 consultó con el doctor FRANCO para hacerse “abdominoplastia”, pero luego se decidió por la “mamoplastia” de aumento, cuya cotización fue \$13'700.000,00, \$5'000.000,00 por

esta cirugía y \$7'000.000,00 por aquella, y el resto correspondía al valor del seguro y de la bomba para el dolor.

Que luego tuvo cita con el mismo médico, quien le ordenó unos exámenes los cuales se practicó, le informaron que era apta para el procedimiento el que se programó para un domingo, día que llegó a la clínica, canceló en efectivo, y en la recepción le entregaron una carpeta con documentos, entre los que estaban los consentimientos informados.

Luego la ingresaron a una sala donde le hicieron la marcación, llegó un anestesiólogo diferente al que la había visto, pero en ningún momento vio al doctor FRANCO, y cuando salió de la cirugía se sintió indispuesta, yéndose para su casa con la enfermera que le habían asignado.

A la segunda noche comenzó con fiebre y eso la preocupó, llamaron al doctor FRANCO y él la atendió al final del día recetándole antibióticos, y dijo que pasaría a verla a su casa, pero no fue. Al día siguiente continúa con fiebre y dificultad para respirar, por lo que con su enfermera deciden llamar a Emermédica, y le dijeron que tenían que trasladarla inmediatamente a un hospital, y ya en la clínica Soma no la recibieron por tratarse de una cirugía estética, y fue llevada entonces a la clínica de la UPB, donde la atendieron y le dijeron que necesitaban comunicarse y obtener autorización del doctor FRANCO, quien fue a los tres (3) días y ordenó exámenes y medicamentos, y se retiró.

Con los exámenes que le practicaron en la clínica, se dio cuenta que era "*monorrena*", porque antes de la cirugía era sana, precisando que el doctor DIEGO ARMANDO después volvió a la clínica, ingresó a la habitación con otras dos personas, le hizo punciones muy dolorosas con aguja, y ordenó que le hicieran ecografía guiada, que le fue practicada el día siguiente

extrayéndole material purulento, y le dijeron que tenía infectada la mamá izquierda, además que tenía anemia.

Que nunca le mostraron los resultados de los exámenes practicados pero le dijeron que tenía una bacteria en el seno izquierdo, pero no le hablaron de la infección en el pulmón, para luego determinar que debían explantarle las prótesis, pero como tenía anemia primero debían hacerle una transfusión de sangre, y que para ello se necesitaba nuevamente la presencia del doctor FRANCO, pero él apareció días después según se registró en la historia clínica.

Que la cirugía de la clínica de la UPB fue muy diferente, pues allí había un tablero con los nombres de todos los profesionales que iban intervenir y cada uno de ellos se presentó, y después de la “explantación” fue duro ver cómo sus senos quedaron deformes.

Posteriormente le dieron de alta, pero a la semana siguiente comenzó de nuevo con fiebre, volviendo a la clínica UPB pero no la quisieron atender porque ya se había agotado el seguro, consultó entonces por la EPS Sura, y el médico le dijo que tenía infectados los puntos tanto de mamoplastia como de abdominoplastia, cuando el doctor FRANCO le había dicho que eran reabsorbibles, y después mejoró con antibióticos.

Luego el doctor FRANCO la volvió a llamar y acudió a dos citas de revisión, le ofreció reconstrucción de los senos por \$2'000.000,00, pero no accedió porque ya no confiaba en él, incluso antes de la cirugía le había dicho que le iba a poner unas prótesis de marca “*Johnson*”, y las que le extrajeron eran de marca “*Eurosilicón*”.

Luego comenzó con infecciones urinarias y a enfermarse mucho, precisando que antes de la cirugía solo tuvo una entrevista con el doctor FRANCO (cuando le hizo la valoración), pero que el día del

procedimiento no lo vio, asegurando que los consentimientos informados le fueron entregados por las recepcionistas de la CLÍNICA NOVA, mas no por médico, aunque sí los leyó y firmó, y quien se los entregó le hizo algunas preguntas, y le dijeron que el riesgo de esos procedimientos era mínimo, pero no vio al doctor FRANCO para manifestarle sus inquietudes.

El contrato lo realizó tanto con el médico como con la clínica, y que en la cita con el doctor FRANCO le preguntó si le colocarían los implantes “MENTON” de “Johnson y Johnson”, los que le interesaban ya que su hermana los tenía y le había ido bien con ellos, y él le dijo que sí, acuerdo que fue verbal, pero cuando se los sacaron se dio cuenta que tenía otros.

De la bacteria en el pulmón se enteró con el dictamen que hizo el médico que contrató, y que las cirugías contratadas fueron la mamoplastia de aumento y abdominoplastia, mas no la lipotransferencia, y no tuvo incisiones o dolor en los glúteos que indicaran que fue realizada.

Después de los procedimientos y por toda la situación que vivió comenzó a enfermarse de infecciones urinarias, aunque antes era completamente sana, además se afectó emocionalmente, a lo que se suma que en el seno izquierdo perdió sensibilidad, tiene dolores, ha tenido hospitalizaciones por las infecciones, está en tratamiento con urología, aunado a los daños emocionales.

Después de la cirugía le dan infecciones urinarias continuas, más o menos dos al año, a lo que los médicos no le han dicho que se deba a su condición de “*monorrena*”, sino porque tiene la vejiga bajita, lo que le fue diagnosticado después de las cirugías, lo que puede ser por los embarazos, las cesáreas o por la abdominoplastia.

El préstamo garantizado en la letra de cambio aportada al expediente, lo hizo con el padre de su expareja sentimental JOHN HIDALGO, quien firmaba los recibos porque su padre vivía en Ituango.

DIEGO ARMANDO FRANCO ARIAS (62AudienciaParte2), especialista en cirugías venosa, plástica y reparadora, y de mano y miembro superior, indicó que trabaja de forma particular en cirugía plástica y estética desde hace aproximadamente 11 años, donde en la CLÍNICA NOVA es “*prestador de servicios*”, es decir, los contratos no son con él sino con la clínica.

Que en el caso en estudio dio visto bueno para la cirugía, una vez realizada la consulta donde la paciente relató que le habían hecho tres cesáreas, pero que no tenía antecedentes, por lo que se procedió con los exámenes de sangre pertinentes; enfatizando que la paciente ni el personal clínico sabían que aquella solo tenía un riñón.

En la cirugía no hubo ninguna irregularidad, y no es cierto que él no haya estado ahí y no hubiera prescrito medicamentos, porque el compañero permanente de la paciente fue quien firmó la recepción de los mismos, y como el postoperatorio transcurrió con normalidad, se dio de alta.

Aclara que la paciente no volvió a la nueva atención médica tres días después de la cirugía inicial, sino seis días después, el 5 de abril que es cuando se registra la primera atención médica, y él la atendió el día siete de abril, es decir dos (2) días después, y que de su primera atención en la CLÍNICA BOLIVARIANA no hubo registro de la evolución, porque él no prestaba los servicios a esa entidad, teniendo que esperar a que le crearán un usuario.

Que a partir de ahí, por orden suya se realizaron exámenes, hemogramas, cultivos y ecografía, en la que evidenciaron líquido

inflamatorio, pero en ningún momento se evidenció infección del sitio operatorio; y solo hasta el día 11 en la ecografía se encontró líquido periprotésico, entonces hasta ese momento se pudo decir que existía infección de mamas, porque antes no había logrado determinar que ese era el foco infeccioso.

Recalcó que él también la atendió en la CLÍNICA BOLIVARIANA, quien le explantó las prótesis, porque allá no había quien le prestara el servicio de cirugía plástica.

Que en la consulta es donde se explican los procedimientos, riesgos, pormenores, y se absuelven todas las dudas; en ese momento no se firman los consentimientos porque aún no se sabe si la paciente va a tomar o no el servicio, y que en ningún momento le ofreció una marca específica de prótesis, lo que además es irrelevante porque la marca no es la que produce la infección, precisando que la contratación se hace directamente con la clínica, y esta provee los materiales.

No recuerda la fecha en que se firmaron los consentimientos, pero debió haber sido previo al procedimiento realizado el 29, habiéndose realizado *“mamoplastia de aumento, lipo con abdominoplastia, lipoinyección glútea”*, es decir, *“lipoescultura”*, y aunque no le leyó el consentimiento, en la consulta aclaró dudas y explicó el procedimiento a realizar, los exámenes que se necesitan, se conoce el estado de salud y los antecedentes; pero los trámites administrativos (firma contrato y consentimiento médico), generalmente no son tratados en la consulta médica.

Que al tercer o cuarto día de la cirugía inicial, le informan que la paciente se encuentra mal y que está en la CLÍNICA BOLIVARIANA, aunque no recuerda la forma cómo se enteró, pero que normalmente sus pacientes tiene su número de teléfono para cualquier eventualidad, y si bien no precisa el día que fue a

verla a esta Clínica, en la historia clínica hay anotación de otro cirujano que dice que fue el 7 de abril.

Sobre la septicemia de origen nosocomial, quiere decir síndrome febril en estudio que probablemente puede corresponder a una infección, siendo la fiebre uno de los principales síntomas de las infecciones síntomas, por lo que hasta ese momento el diagnóstico era “*síndrome febril en estudio o infección postoperatoria en estudio*”.

Que no recuerda haberle realizado a la paciente procedimiento de punción con agujas mientras ella estuvo hospitalizada, aunque sí le retiró del Dren, pero no lo dejó anotado porque para ese momento no tenía código para atender como médico en esa institución, sin que tampoco hiciera consentimiento informado, porque normalmente no se hacen para curaciones, aunque sí lo hizo en la consulta médica en la que explicó todos los riesgos.

Sobre la infección nosocomial (la que se da en el sitio operatorio), que previamente no se había identificado, y puede suceder después de realizar un procedimiento médico.

Que luego de la “*explantación*” le hizo seguimiento a la paciente, habiendo sido él quien la marcó antes de ingresar a la cirugía, y que para darla de alta no existe un horario específico, se hace después de una evaluación médica que confirme que se encuentra en buen estado de salud y que no tiene efectos adversos, habitualmente son unas tres o cuatro horas después de operar.

El que la paciente sea “*monorrena*” puede influir en la existencia de las infecciones urinarias, y la causa también puede ser el que tenga la vejiga caída, siendo que cualquier anomalía en el tracto urinario las puede causar, pero habitualmente la

abdominoplastia no causa la caída de vejiga, la que se puede dar por los embarazos.

Indicó que luego de los estudios realizados se encontraron dos bacterias, una que al día de hoy probablemente tiene colonizada que es E. coli, y otra K. pneumoniae, pero no significa que haya tenido infección de pulmón, sino que en el mismo cultivo de los senos se hallaron ambas bacterias. Enfatizó que no hubo neumonía, y que tales bacterias pueden provenir de la misma persona, son “*saprophytas*” en el cuerpo, lo que significa que cohabitan en la piel, cabello, tractos urinario y gastrointestinal, sin necesariamente ser patógenas, porque se encuentran en una carga de colonización muy baja.

Sobre la infección que pudo derivarse de las condiciones subyacentes de la paciente, indicando que de forma previa al procedimiento y a modo de prevención, se suministran antibióticos en “cobertura antibiótica profiláctica” en cirugías limpias.

JHON JAIRO MONSALVE BEDOYA, representante legal de la CLINICA NOVA (minuto 13:40 – 63AudienciaParte3), expuso que es administrador y que conoce al doctor DIEGO ARMANDO FRANCO, porque es uno de los médicos que habitualmente opera en la clínica, dejando en claro que en toda cirugía hay riesgo de infección, y los indicadores de su representada son muy bajos, sin que tenga en cuenta que el mencionado médico haya tenido otras complicaciones, ni han sido demandados en relación con el mismo cirujano.

Que cumplen con todos los requisitos y actualmente además de habilitados se encuentran en camino a la acreditación, cumpliendo estándares internacionales o de superior de calidad, y que cada año reciben visita de la Direccional Seccional de Salud y también son vigilados por la Secretaría de Salud de Envigado,

y por dos años consecutivos recibieron reconocimiento de este por la calidad y el mejoramiento continuo de los servicios.

Indicó que existen unos protocolos de asepsia en los quirófanos, no solo en la parte de preparación, sino entre cirugías para garantizar la esterilidad de quirófanos y el buen manejo de los pacientes. Ahí intervienen los auxiliares de enfermería que están capacitados, entrenados y certificados para ello; y todos los días se hace aseo que garantice una jornada normal al otro día.

Que en 2015 recibieron visita de la Dirección Seccional de Salud, y les adelantaron proceso administrativo por condiciones de infraestructura, que fueron remediadas rápidamente, y a los pocos días nuevamente abrieron al público, sin que fuera nada grave, ni han sido multados o sancionados.

Que tales requerimientos fueron porque algunos lavamanos que usan los médicos y se activan con el pie, estaban goteando, y una de las rejillas de esos elementos deteriorada, arreglos que se hicieron en dos días, pero tales requerimientos no influyen en las condiciones de asepsia, porque los profesionales se lavan con un jabón especial y tienen un protocolo establecido para eso.

Que no conoce las particularidades de la asepsia de las instalaciones, aunque sabe de forma general que hay una serie de protocolos que tienen que ver con el paso a paso que se dan en los servicios, quirófanos, y consultorios, y esos protocolos se revisan, vigilan y controlan permanentemente, y el personal se capacita constantemente.

Que en los consentimientos informados se detalla la información que explicó el cirujano al momento de la consulta, donde se habla de las condiciones de la cirugía, de los riesgos y consecuencias del procedimiento, sin que tenga claro que la Resolución 2003 de 2014 condicione a una periodicidad los cultivos del área quirúrgica

y de esterilización, pero como protocolos institucionales lo hacen permanente.

Que tienen central de esterilización, dos autoclaves, pero hay algunos instrumentos que se mandan a esterilizar afuera con Óxido de Etileno, pero la mayor parte la hacen en sus autoclaves, utilizando unos dispositivos que permiten saber que se hizo de forma eficiente.

Cerro diciendo que no tiene en mente cuántas veces se ha certificado en el Sistema Único de Habilitación, pero ellos son muy exigentes con el tema de seguridad del paciente, teniendo protocolos claros y establecidos, y por ello gozan de reconocimiento por parte del municipio de Envigado y la Secretaría de Salud del Departamento.

Recapitulando los medios probatorios atrás referidos, es claro que la actora fue operada por el médico demandado y en la clínica demandada, practicándosele dos cirugías de carácter estético (mamoplastia de aumento, y lipo con abdominoplastia), donde en ellas en sí mismo no está el factor de imputación, sino, lo mismo estriba en la infección bacteriana adquirida por la paciente (E. coli, y otra K. pneumoniae), la cual le afectó el área operada (mamas), que implicó la extracción de las correspondientes prótesis, además de internación hospitalaria para tratar lo pertinente.

Es decir, lo achacado a los demandantes en principio y como causante en el daño, es la infección bacteriana atrás referida, por lo que el problema en este punto a responder constituye en ¿se probó que la infección bacteriana que afectó a la paciente demandante sea atribuible a la clínica demandada?

Para responder a lo anterior, contamos con los medios probatorios ya referidos, donde la Sala pese a hacer una valoración integral de los mismos como lo impone el artículo 176

del C. G. del P., hará especial énfasis en la prueba técnica recaudada tal como son las experticias, pues la derivada de los interrogatorios de parte, como es natural, de cada lado intenta favorecer su posición procesal, además como ha dicho la Corte, «la parte no puede crearse a su favor su propia prueba»⁶ (Sala Civil, sentencia SC14426-2016 del 7 de octubre de 2016).

Si lo anterior es así, comenzaremos a apreciar los dictámenes como lo impone el artículo 232 del C. G. del P., comenzando por la idoneidad de los peritos, cuyo perfil académico se plasma en el siguiente cuadro:

WILMAR ARLEY MAYA SALAZAR	DUBAN ENRIQUE PAJARO CANTILLO
infectólogo médico especialista en enfermedades infecciosas y experto en ello relacionados con procedimientos médicos quien reportó	médico general, magíster en salud pública y especialista en derecho médico.

Como se ve, el doctor MAYA es experto en la materia, mientras el doctor PAJARO tiene un perfil de especialización dirigido a aspectos administrativos, de donde la experticia del primero para la Sala cuenta con mayor idoneidad para la definición del asunto por sus mismos méritos académicos; claro está que ello no es suficiente para dilucidar la situación.

También debemos de decir que el reporte de habilitación de la clínica demandada, no resulta útil para inferir responsabilidad, en la medida que las visitas son posteriores a la situación que nos ocupa.

⁶ Incluso, en la misma providencia la Corte citando sus propios precedentes, indicó: “En consecuencia, la declaración de parte solo adquiere relevancia probatoria en la medida en que el declarante admita hechos que le perjudiquen o, simplemente, favorezcan al contrario, o lo que es lo mismo, si el declarante meramente narra hechos que le favorecen, no existe prueba, por una obvia aplicación del principio conforme al cual a nadie le es lícito crearse su propia prueba”» (se destaca; CSJ SC 113, A3 Sep. 1994; CSJ SC, 27 Jul. 1999, Rad. 5195; CSJ SC, 31 Oct. 2002, Rad. 6459; CSJ SC, 25 Mar. 2009, Rad. 2002-00079-01; CSJ SC9123, 14 Jul. 2014, Rad. 2005-00139-01, entre otras).

Entrando en las experticias, el médico MAYA SALAZAR concluyó qué:

1. Las infecciones son un riesgo inherente a cualquier cirugía y no es posible evitarlas, incluso en Colombia hay un margen del 5% que se presenten.
2. Después de explicar las medidas profilácticas para prevenirlas, revisada la historia clínica se tiene que estas fueron cumplidas en el caso en estudio, así como las recomendaciones necesarias para disminuir el riesgo de infección.
3. Que de los cultivos tomados se descarta que la infección se adquirió en la cirugía soporte de la acción.
4. Que la infección en el posoperatorio lo “más probable” se debió a factores no relacionados directamente con la cirugía o con el equipo que intervino en ella.

Por su parte el doctor PAJARO CANTILLO llegó a los siguientes resultados:

1. Que la fuente de la complicación y la falla del procedimiento mamario se debió al acto quirúrgico realizado en la CLÍNICA PLÁSTICA Y ESTÉTICA NOVA S.A.S., pues previo al procedimiento la paciente era sana
2. Que hubo irregularidades de orden cronológico en el diligenciamiento de la historia clínica.
3. La clínica demandada ha tenido falencias en el Sistema Único de Habilitación.
4. Que la infección tuvo origen nosocomial, atribuible a la clínica demandada por errores en la prestación del servicio, fallas administrativas, el desconocimiento e incumplimiento de la norma regulatoria de salud en Colombia y a la negligencia habiendo *“relación entre el supuesto hecho dañino y la*

imputación, esto en virtud de la teoría de causalidad adecuada para el caso puntual.”

De tal concepto se tiene que la conclusión del perito es una inferencia, pues para el mismo como la paciente antes del procedimiento era sana, entonces la infección la adquirió en la clínica, pero resulta que tal posición más se acerca a lo indiciario, pues deja de lado otros elementos como la condición propia de la paciente sobre que era “monorrena”.

En esos términos, lo que se debió probar es que las bacterias se adquirieron en y exclusivamente la clínica donde se realizó la operación, donde ello no se supe con lo que apenas es una respetable deducción, por lo que parafraseando a la Corte, no se evidencia la vulneración al deber de seguridad.

Ahora, dice el perito en cita que la infección bacteriana se pudo haber adquirido en cinco momentos dentro de los procesos de asepsia y antisepsia, los cuales fueron: uno, la técnica quirúrgica; dos, la asepsia-antisepsia en el sitio operatorio; tres, el instrumental quirúrgico; cuatro, el riesgo de contaminación cruzada; y una quinta posibilidad, que los implantes estén contaminados.

De nuevo, lo mismo son suposiciones que ante el dicho contrario del otro experto, debieron haberse precisado, pues dejó abiertas otras posibilidades como era la misma condición de la paciente; si ello era así, dentro de un sistema de culpa probada, no cabe la responsabilidad endilgada de quien se llamó a resistir.

Y es que además de la incertidumbre en cita, la posición del perito en cita sobre que si el establecimiento hospitalario está debidamente habilitado “*no debe existir ese riesgo de infecciones*”, va en contra de la realidad, pues es sabido que los hospitales y clínicas son lugares de alta concentración bacteriana

(y cada vez más resistentes), tal como lo indicó la Corte en el precedente marco para decidir, donde tal concepto pericial no es suficiente para atribuir la culpa probada.

Tampoco es elemento para imputar responsabilidad el diligenciamiento de la historia clínica, pues de ahí no se puede establecer la misma, ni mucho menos la atención que el cirujano prestó en otro establecimiento hospitalario, pues precisamente ello fue por el estado febril posterior derivado de la infección que se relaciona con el daño por el que se demanda.

Lo mismo aplica en cuanto al consentimiento informado, del que a propósito, según el mismo perito el mismo fue advertido en cuanto a la posibilidad que se presentaran infecciones.

En esta pericia, aun partiendo del que las bacterias son exclusivamente de origen nosocomial, lo que no es de recibo respecto a la "*Escherichia Coli*" pues ella está en las heces siendo propias del tacto digestivo humano, de todos modos no se probó la culpa de la demandada en el particular.

La actitud del cirujano tratante de ir a un tercer hospital a atender a su paciente, aparte de un acto de responsabilidad y compromiso se aviene integralmente a lo previsto en la Ley 23 de 1981, particularmente en lo que tiene que ver con el cuidar la salud y procurar la recuperación de su paciente.

Sobre el tiempo transcurrido entre la operación y el que se dio de alta a la paciente, el que despierta inquietud en el experto en referencia, pues ello en sí mismo, no se prueba que se generara la infección causante de las posteriores dolencias, por lo que de lo mismo no es factible atribuir responsabilidad.

En contraste con el anterior, ya en su sustentación el perito MAYA SALAZAR, este sí experto en enfermedades infecciosas o sus

derivadas, también debe ser visto con cuidado en la medida que otrora ha prestado a la clínica demandada el servicio de asesorías relacionadas con el control de infecciones.

El anterior se ratificó en su experticia, donde con lo narrado se tiene que aparte de no probarse la culpa, de tal decir se descarta que la clínica demandada violara el deber de seguridad en términos de asepsia de cara al acto quirúrgico, enfatizando que los protocolos se siguieron adecuadamente en el procedimiento de cara a eliminar los riesgos potenciales de transmitir infección, que de todos modos existen, habiéndose cumplido con la *lex artis*.

De todos modos, tal experto deja en claro la existencia de un margen o porcentaje de infección bacteriana clínica, sin que ello implique que se satisfaga la culpa probada, incluso, como ha dicho la Corte, tales bacterias cada vez son más resistentes, siendo imposible que desaparezcan de los espacios hospitalarios en general y los quirúrgicos en particular, por lo que debió demostrarse la incuria o descuido concreto a cargo de los demandados que generaran las infecciones que causaron el daño en la parte actora, pero ello en el presente caso se quedó en suposiciones, por lo que dentro del régimen de culpa probada al no satisfacerse lo mismo, hace que las súplicas de la demanda estén llamadas al fracaso.

Refuerza tal idea la misma historia clínica dimanada de la CLINICA UNIVERSITARIA DE LA UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA, que como lo reseñamos, registra como fecha de ingreso el "05/04/15", es decir el 5 de abril de 2015, donde el motivo de consulta fue "*Fiebre y POP lipotrasferencia*", con la precisión que el cuadro clínico es de tres (3) días "*de fiebre subjetiva malestar general y disnea*", y si la paciente fue dada de alta el mismo día de la operación, 29 de marzo anterior, siendo ese un mes de treinta y un días, se abre la posibilidad que en seis (6) días entre una y otra fecha hubiera ocurrido la infección,

independientemente de su causa, sería fuera del ambiente hospitalario, donde al haber sido este el factor de imputación, el correspondiente elemento queda en duda dentro del régimen de culpa probada.

CONCLUSION:

En el caso que nos ocupa, la culpa de los demandados no fue probada, pues de las experticias médicas recaudadas, una de mayor cualificación profesional que la otra, no se probó la incuria o vulneración de la *lex artis* del establecimiento médico en cuanto a la seguridad para que la persona operada a la postre no adquiriera las bacterias que le afectaron.

No se allegó ningún medio de convicción que permita concluir indefectiblemente que el adquirir la infección por parte de la paciente, fuera consecuencia del actuar imprudente o negligente de los médicos tratantes o de las instituciones prestadoras del servicio de salud.

De contera, no es necesario referirnos a la cuantificación de perjuicios, ante la no prosperidad de la súplica principal de responsabilidad, quedando sin sustento la apelación presentada por activa que a lo mismo se circunscribió.

Por todo ello se revocará la sentencia apelada, y en cuanto a costas se exime de las mismas a la parte demandante-recurrente, conforme el inciso 1º del artículo 154 del C. G. del P..

En mérito de lo expuesto, la Sala Civil del Tribunal Superior de Medellín, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la Ley;

RESUELVE

PRIMERO: REVOCAR la sentencia calendada el veintiuno (21) de marzo de dos mil veintitrés (2023), proferida por el Juzgado Tercero Civil del Circuito de Envigado, para en su lugar DESESTIMAR las pretensiones de la demanda, según lo motivado.

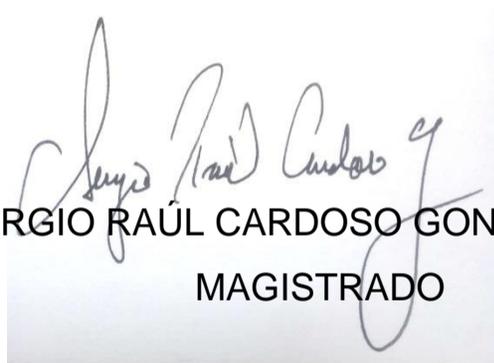
SEGUNDO: Sin CONDENA en costas en ninguna de las instancias, dado el amparo de pobreza que cobija a la parte demandante.

TERCERO: En firme lo decidido, vuelva el asunto al Despacho de origen para lo de su cargo.

Notifíquese.



JOSÉ OMAR BOHÓRQUEZ VIDUEÑAS
MAGISTRADO



SERGIO RAÚL CARDOSO GONZÁLEZ
MAGISTRADO

AUSENCIA JUSTIFICADA
MARTÍN AGUDELO RAMÍREZ
MAGISTRADO