

ACCION DE REPARACION DIRECTA - Falla médica / DAÑO ANTIJURIDICO - Paciente de 33 años de edad, atendida en Clínica del Instituto de Seguros Sociales Seccional de Caldas, a partir del 13 de mayo de 1999, se le diagnosticó amenaza de aborto, fue intervenida quirúrgicamente, con diagnóstico de legrado, perforación de útero, lesión de intestino y apéndice quedando con graves secuelas

La historia clínica da cuenta de que personal médico del Instituto de los Seguros Sociales atendió a la señora Georgina Ocampo, quien encontrándose en embarazo, el 13 de mayo de 1999 acudió al servicio aquejada por una hemorragia vaginal. Para tratar la amenaza de aborto y aborto diferido que diagnosticaron los médicos, se le practicó un legrado uterino. Durante este procedimiento quirúrgico se perforó el útero de la paciente y se lesionó sus intestinos y apéndice, alterando física y funcionalmente estas vísceras, con grave perjuicio para su salud, situación que condujo a la resección de parte de su íleon terminal y colon derecho, a la extirpación del apéndice y a la práctica de fístula e ileostomía. Según el dictamen de medicina legal, las intervenciones quirúrgicas a que fue sometida la señora Ocampo dejaron secuelas permanentes de carácter físico y funcional, consistentes en deformidad física por cicatriz abdominal y perturbación del órgano de la digestión por resección intestinal.

VIOLACION DERECHOS A LA DIGNIDAD HUMANA, LIBRE DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD, LA SALUD Y LA INTEGRIDAD FISICA Y MORAL - Por las secuelas permanentes generadas a paciente intervenida quirúrgicamente / DAÑOS MORALES - Sufridos por familiares de la víctima deben ser indemnizados por el Estado

Las anomalías (...) constituyen menoscabo de los derechos de la dignidad humana, del libre desarrollo de la personalidad, de la salud y de la integridad física y moral de la señora Ocampo Ocampo, así como afección moral de su cónyuge e hijas. Daños que, de ser imputables a la entidad demandada, deben ser indemnizados.

FALLA DEL SERVICIO MEDICO - Título que responsabiliza a entidad pública de salud por daño ocasionado por actos médicos / FALLA MEDICA PRESUNTA - La carga probatoria corresponde a la entidad demandada acreditar el cumplimiento de sus obligaciones médicas / FALLA MEDICA PRESUNTA - Tipo de responsabilidad abandonado por esta Corporación / NEXO CAUSAL - Puede demostrarse a partir de la prueba indirecta o indiciaria

La falla médica es un título que permite imputar a la entidad pública de salud, el daño que ocasiona con el acto médico, para imponerle la obligación de repararlo. Si bien, en épocas pasadas la jurisprudencia prohijó la doctrina de la falla médica presunta, que pone en cabeza de la parte demandada la carga probatoria del debido cumplimiento de las obligaciones del médico, desde comienzos de la década anterior se inició una consolidación jurisprudencial en torno a la naturaleza subjetiva de este tipo de responsabilidad, que exige la prueba de la falla, abandonando, a partir del fallo del 31 de agosto de 2006, el régimen de la presunción. Sin perjuicio de que el nexo causal pueda ser demostrado a partir de prueba indirecta o indiciaria. En el caso que ocupa la atención de la Sala en esta oportunidad, el material probatorio da cuenta de protuberantes irregularidades en que incurrió la entidad demandada al atender a la señora Georgina Ocampo, constitutivas de falla del servicio.

CONSENTIMIENTO INFORMADO - Omitido por el médico previamente a los procedimientos médicos y quirúrgicos / CONSENTIMIENTO INFORMADO - Regulación constitucional y legal

El consentimiento informado es una exigencia constitucional, derivada de la protección suprema de la dignidad humana sobre la que se funda el reconocimiento del hombre como persona y del derecho fundamental del libre desarrollo de la personalidad. También, es un deber que la Ley 23 de 1981 y la lex artis médica le imponen al galeno. Las normas de la (...) Ley 23 de 1981 estructuran el consentimiento informado así: i) lo debe obtener el médico tratante – art. 15-, ii) lo debe expresar libremente el paciente, su representante legal, siendo menor, o su allegados, si éste se encontrara en estado de inconsciencia o incapacidad mental –arts. 8 y 14-, iii) procede antes de aplicar cualquier tratamiento médico o quirúrgico, que el médico considere necesario y que pueda afectarlo física o síquicamente—art.15-, iv) corresponde al médico explicar las afectaciones, consecuencias y riesgos previsibles que el paciente debe asumir – arts. 15 y 16- y v) se exceptúa en los casos en que la urgencia del caso exige una intervención inmediata –art.14-.

FUENTE FORMAL: LEY 23 DE 1981 - ARTICULO 15

DEBERES DE MEDICO TRATANTE - Explicar a paciente procedimiento, riesgos y consecuencias / DEBER DE MEDICO EN INTERVENCION QUIRURGICA - Permitir a paciente si acepta o no su realización / CONSENTIMIENTO CALIFICADO - Debe estar precedido de información suficiente de medico a paciente que permita concluir que conoció tratamiento y riesgos y lo consintió

De acuerdo con los imperativos normativos citados, anticipadamente a la realización de cualquier tratamiento que considere indispensable y que pueda afectar física o síquicamente al paciente, salvo las excepciones legales, el médico debe explicarle la conducta o procedimiento a realizar, sus riesgos y consecuencias y permitir que exprese libremente si acepta o no su realización. Se trata de un consentimiento calificado, porque su eficacia jurídica depende de que esté precedido de la información suficiente y continua, suministrada por el médico, que permita concluir que el otorgante conoció previamente los tratamientos, sus riesgos y consecuencias y, a sabiendas, los consintió.

FALLA DEL SERVICIO MEDICO POR OMITIR CONSENTIMIENTO INFORMADO - Vulnera el derecho al libre desarrollo de la personalidad / CONSENTIMIENTO INFORMADO - Debe probarlo el Estado / OMISION DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO - Afecta los derechos a la salud, integridad física y moral por privar al paciente de la oportunidad de explorar otras alternativas médicas / RESPONSABILIDAD PATRIMONIAL DEL ESTADO - Por omisión de médico del consentimiento del paciente / RESPONSABILIDAD DEL ESTADO POR OMISION DEL CONSENTIMIENTO CONSENTIDO - Al decidir médico unilateralmente aplicar tratamiento no consentido por paciente

La omisión del deber jurídico que tiene el médico de obtener previamente el consentimiento informado, constituye, por sí misma, falla del servicio, porque afecta directamente el derecho fundamental al libre desarrollo de la personalidad, en su expresión de la autonomía de la voluntad privada. La garantía del derecho a la defensa exige que esta falla sea invocada en la demanda y corresponde al demandado probar que obtuvo el consentimiento informado. (...) la omisión de

este consentimiento también puede afectar jurídica e indirectamente los derechos a la salud y a la integridad física y moral, por cuanto priva al paciente de la oportunidad de explorar alternativas médicas, con posibilidades y resultados más satisfactorios, frente a su condición clínica. Por esta razón, cuando el médico decide unilateralmente aplicar un tratamiento no consentido por el paciente, en la forma prevista por la ley, asume unilateralmente los riesgos del tratamiento y compromete su responsabilidad, así como la de la entidad prestadora del servicio. Esto último implica que los riesgos propios o inherentes al tratamiento, que comúnmente asume el paciente por el otorgamiento del consentimiento informado, dejan de ser suyos y los asume el médico desde el momento en que procede sin tal requisito. Probado que se materializaron los riesgos, causando daño, se debe indemnizar al paciente.

AUTORIZACIONES DE INTERVENCION O PROCEDIMIENTO QUIRURGICO - No producen efectos de consentimiento por no estar suscritas por médico ni determinan que fueran otorgadas con suficiente ilustración sobre los procedimientos / FALLA DEL SERVICIO POR OMITIR CONSENTIMIENTO INFORMADO - Se acreditó que no se informó con antelación a la paciente de los tratamientos médicos y quirúrgicos a los que debía ser sometida paciente

En el expediente obra copia de cuatro escritos en formato del Instituto de Seguro Sociales denominados “Autorización de intervención o procedimiento quirúrgico”, suscritos por la señora Georgina Ocampo Ocampo, que informan i) del número de afiliación y cédula de ciudadanía, ii) denominación del procedimiento prescrito, iii) aceptación de “los riesgos de dicha intervención o procedimiento” y iv) de la exoneración de responsabilidad al personal médico y paramédico y la firma. En el primero de estos formatos el procedimiento autorizado se denomina “Legrado BAG”; en el segundo una “laparatomía exploradora” y en el tercero “laparatomía bajo anestesia general”. En el cuarto solo se lee la firma de la paciente. Es de advertir que sólo el formato elaborado para autorizar el procedimiento “laparatomía exploradora” figura suscrito con fecha, el 21 de mayo de 2009, a las 21:30. Estas autorizaciones no pueden producir los efectos del consentimiento informado a la luz de las previsiones de la Ley 23 de 1981, ya referidas, porque i) nada indica que se obtuvieron por el médico tratante; ii) no hay evidencia de que fueron otorgados previamente a las intervenciones quirúrgicas; iii) carecen de información sobre la explicación de los tratamientos, sus riesgos y consecuencias y iv) adolecen de falta de elementos que permitan determinar que fueron otorgados con conocimiento y suficiente ilustración sobre los procedimientos. Siendo así, está demostrado que la entidad demandada incurrió en falla del servicio, por omisión del deber jurídico de obtener el consentimiento informado de la paciente con antelación a los tratamientos médicos y quirúrgicos a los que la señora Ocampo fue sometida.

OMISION DE CUIDADO EN PROCEDIMIENTO MEDICO - Se acreditó con historia clínica que las lesiones intestinales no fueron advertidas a la paciente en el legrado

La historia clínica demuestra, con certeza, que cuando la señora Georgina Ocampo Ocampo ingresó al servicio médico de la entidad demandada presentaba hemorragia vaginal, que amenazaba aborto, sin síntoma alguno sobre afectaciones del intestino y del apéndice, las que según el dictamen de los médicos ginecobstetras se produjeron durante el legrado uterino y no constituían riesgo propio del procedimiento realizado. Efectivamente, los distintos médicos que emitieron su dictamen, opinión y testimonio en este proceso, coinciden al señalar que la perforación uterina es un riesgo inherente al legrado, pero no

afirman lo mismo de las lesiones intestinales. Echan de menos, además, que dichas lesiones no fueron advertidas durante el procedimiento del legrado y solamente fueron halladas al efectuar la laparotomía exploratoria, como pasa a explicarse.

OMISION DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE PERFORACION UTERINA - Al seguimiento de cuadro clínico, valoración de síntomas y tratamiento a seguir / FALLA DEL SERVICIO MEDICO - Al suministrar antibióticos y analgésicos enmascararon los síntomas de lesiones de intestino y apéndice

El abundante criterio médico aportado al expediente con distintos medios probatorios, permite tener por establecido que hubo graves fallas en las conductas de los médicos en orden i) al seguimiento del cuadro clínico que presentaba la paciente, ii) a la valoración de los síntomas y ii) al tratamiento de la perforación uterina. En efecto, la historia clínica demuestra, sin hesitación, que durante el procedimiento quirúrgico de legrado realizado a la señora Ocampo se sospechó fundadamente que se estaba ante una perforación uterina, a través de una de las pruebas admitidas científicamente como idónea para ese fin, como lo es el paso de la cureta, según dictaminaron los peritos ginecobstetras. (...) Y más específico aún es el testimonio rendido por el médico ginecobstetra que corrigió la perforación uterina a la señora Ocampo, quien coincide en que ante la sospecha de esta lesión no es recomendable el suministro de antibióticos y precisa que debe haber observación médica mínima de 24 horas, al cabo de las cuales sólo si no hay signos de irritación peritoneal se puede dar de alta y, en caso contrario, se puede optar por laparotomía inmediata para determinar qué tipo de lesión hay en la cavidad abdominal o hidratación y manejo con antibióticos. La que en caso de que no haya mejoría, en las 12 horas siguientes, se torna en indispensable. La valoración integral de estos criterios médicos, en conjunto con las anotaciones de la historia clínica, arroja certeza de que, efectivamente, en el caso de la paciente Ocampo la medicación con antibióticos y analgésicos, no recomendable antes de las 24 horas siguientes a la práctica de un legrado uterino con sospecha fundada de perforación, enmascaró los síntomas de las lesiones del intestino y el apéndice. Situación ésta que aunada a la falta de diligencia y cuidado en la valoración de la paciente durante las horas siguientes condujo a i) el diagnóstico infundado de una evolución satisfactoria, ii) la consecuente dada de alta y iii) la demora para realizar la laparotomía, comprometiendo gravemente la salud y la integridad física y moral de la paciente.

RESPONSABILIDAD PATRIMONIAL DE ESTABLECIMIENTO CLINICO - Por omisión de tratamiento requerido por la paciente / RESPONSABILIDAD PATRIMONIAL DE CLINICA - Por omisión de consentimiento informado a médicos tratantes

Establecido, como está en este proceso, que la señora Georgina Ocampo Ocampo fue atendida por personal médico de Instituto de Seguros Social con omisión i) del deber médico de obtener el consentimiento informado, previamente a los procedimientos médicos y quirúrgicos; ii) del cuidado que exigía la práctica del legrado y iii) en el diagnóstico y tratamiento oportunos de la perforación uterina y de las demás lesiones ocasionadas a la paciente, se concluye la falla del servicio imputable a la entidad demandada.(...) no aparece en la copia de la historia clínica entregada por el Instituto de Seguros Sociales a la demandante y que ésta aportó con la demanda, documento no tachado de falso; ii) el testimonio rendido por Sandra Caicedo, enfermera autora de la nota que atribuye a la señora Ocampo haber informado al personal de enfermería sobre la práctica de maniobras abortivas, además de que no responde a la ciencia de su dicho como lo exigen las

reglas de la sana crítica, es contradictorio, porque según la nota la manifestación la hizo la paciente a las auxiliares de enfermería y la testigo afirmó haber sido su receptora; iii) el registro clínico de la valoración inicial en la consulta del día 13 de mayo de 1999 y de las valoraciones médicas posteriores no dan cuenta de síntomas que sospechen o confirmen la presencia de las referidas maniobras; iv) el cuadro clínico de amenaza y aborto diferido que se diagnosticó a la paciente es distinto del que suele presentarse por el aborto provocado, como lo señaló el ginecobstetra Figueroa, en su testimonio y v) porque, conforme al concepto de este galeno que trató directamente a la paciente. (...) Demostrados, como están, el daño, la falla del servicio y el nexo causal, en el caso de la atención prestada por la entidad demandada a la señora Georgina Ocampo Ocampo, se impone infirmar la sentencia apelada y despachar favorablemente las pretensiones.

PERJUICIOS MORALES - Reconocimiento al demostrarse dolor físico / PERJUICIOS MORALES - Indemnización por los perjuicios estéticos que afectaron moralmente a paciente

Demostrado como está i) el dolor físico; ii) la angustia, el estrés y los sufrimientos ocasionados por una de las situaciones más extremas a la que una persona puede someter injustificadamente a otra, como la amenaza real de muerte; iii) el perjuicio estético y iv) el perjuicio funcional, que afectaron moralmente a la paciente Georgina Ocampo Ocampo, procede la indemnización.

PERJUICIOS MATERIALES - Lucro cesante / LUCRO CESANTE - No se reconocen sumas adicionales

En cuanto al reconocimiento del lucro cesante a partir del 21 de octubre de 1999, no se demostró incapacidad laboral permanente. El testimonio del médico Fernando García Alzate señala que en los controles que efectuó a la paciente Ocampo, después de cerrada la ileostomía, evidenció que ésta recuperó completamente su salud, sin que le hayan quedado secuelas que limiten su capacidad laboral. Por tal razón no se reconocerán sumas adicionales por concepto de lucro cesante.

ALTERACION DE LAS CONDICIONES DE EXISTENCIA - No se reconocen por no haberse acreditado

El testimonio del ginecobstetra Figueroa, quien realizó el cierre de la perforación uterina, conceptúa que dada la dimensión de la perforación (2 cm), inferior a la de una cesárea y teniendo en cuenta que el útero no sufrió otros traumas, no existe el riesgo alguno para la concepción de un nuevo hijo por parte de la demandante. Asimismo, los testimonios allegados al proceso sobre las condiciones personales de la señora Ocampo, si bien dan cuenta de la afección moral, no refieren alteración de las condiciones de existencia a consecuencia de las secuelas permanentes. Siendo así, no procede el reconocimiento de perjuicios por alteración de las condiciones de existencia.

TRIBUNAL DE ETICA MEDICA - Se remite prueba testimonial de medico para que se investigue su conducta / TRIBUNAL DE ETICA MEDICA - Por considerar que opiniones de medico violaron derechos a la dignidad y fueros humanos de paciente

Observa la Sala que en este proceso el señor Fernando García Alzate, en su condición de médico tratante, se refirió a las secuelas definitivas que dejaron las cirugías practicadas a la señora Ocampo Ocampo, señalando que éstas le

mejoraron su silueta porque la forzaron a moderar su ingesta y le prodigaron el recuerdo imborrable del cirujano, compaginando las cicatrices de su intervención con las estrías que la paciente sufre en su vientre. Para la Sala estas opiniones del médico García Alzate desdican del respeto debido por el médico a la dignidad y fueros humanos de su paciente, la señora Ocampo Ocampo, razón por la que se dispondrá dar traslado de las mismas, junto con la copia de la historia clínica, al Tribunal de Ética Médica, para lo de su competencia.

CONSEJO DE ESTADO

SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO

SECCION TERCERA

SUBSECCION B

Consejera ponente: STELLA CONTO DIAZ DEL CASTILLO

Bogotá, D.C., veintisiete (27) de abril de dos mil once (2011)

Radicación número: 17001-23-31-000-1999-00695-01(20636)

Actor: GEORGINA OCAMPO OCAMPO

Demandado: INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES

Referencia: APELACION SENTENCIA - ACCION DE REPARACION DIRECTA

Corresponde a la Sala resolver el recurso de apelación interpuesto por los demandantes, a través de apoderado, contra la sentencia del 8 de febrero de 2001 proferida por la Sala de Decisión del Tribunal Administrativo de Caldas, que negó las pretensiones.

I. ANTECEDENTES

Por intermedio de apoderada, los señores Georgina Ocampo Ocampo y Jaime Sánchez, en nombre propio y en representación de las menores Blanca Lucía y Mariluz Sánchez Ocampo, en ejercicio de la acción de reparación directa solicitan declarar patrimonialmente responsables al Instituto de los Seguros Sociales, por las afecciones sufridas por la señora Ocampo, desde el legrado que le fue practicado el día 14 de mayo de 1999.

1. Hechos

De conformidad con el material probatorio que obra en el expediente, se puede tener por ciertos los siguientes hechos alegados y probados, relevantes para la decisión:

1.1 La señora Ocampo Ocampo y el señor Jaime Sánchez contrajeron matrimonio el 4 de enero de 1986 y procrearon a Blanca Lucía y a Mariluz.

1.2 El 8 de abril de 1999, la demandante fue atendida en el Centro Ambulatorio de la Clínica del Seguro Social, de la Seccional Caldas, con diagnóstico de embarazo de \pm 4 semanas.

1.3 El 13 de mayo de 1999, la trigestante Georgina Ocampo Ocampo acudió nuevamente al servicio de la entidad demandada, en Manizales, refiriendo hemorragia vaginal leve; le diagnosticaron amenaza de aborto. A partir de una ecografía pélvica, efectuada horas más tarde, el médico le confirmó la presencia de saco gestacional sin embrión, aborto diferido y programó un legrado bajo anestesia general, para el día siguiente, a las 8:00 de la mañana.

1.4 La señora Ocampo acudió a la cita médica en la fecha y hora programada, consciente y por sus propios medios y a las 3:00 p.m. se le practicó el legrado. Durante el procedimiento se advirtió "*sensación de paso total de la cureta*" y se interrogó sobre una posible perforación del útero. Se ordenó la hospitalización de la paciente bajo observación, con prescripción de antibióticos y reposo en cama, sin vía oral y con recomendación de no salida antes de 48 horas.

1.5 De lo que sucedió clínicamente con la señora Ocampo durante las 48 horas siguientes al legrado, se conoce una anotación médica que señala que la paciente se sintió muy bien y presentó estado clínico satisfactorio. Asimismo se sabe, por las anotaciones de enfermería, que en ese periodo la paciente refirió dolor abdominal permanentemente, se le aplicó analgésicos, al día siguiente se le inició vía oral y fue dada de alta el 16 de mayo siguiente, a las 11:30 a.m., antes de completar las 48 horas siguientes al legrado.

1.6 Ya en su residencia y con el paso de las horas, se le incrementó el dolor abdominal a la señora Ocampo, razón por la que reingresó al servicio médico el 17 de mayo de 1999, a la una de la mañana, esto es, 14 horas después de haber sido dada de alta. A su reingreso se anotó que la paciente presentaba abdomen blando y siete horas más tarde (8:30 a.m.) se le diagnosticó abdomen agudo post-legrado y se la programó para una laparoscopia.

1.7 El 17 de mayo de 1999, en laparotomía exploratoria practicada a la paciente Ocampo el cirujano encontró hemorragia, con aproximadamente 500 c.c. de sangre en el peritoneo, necrosis del íleon terminal de \pm 12, a 5 ó 6 cm de la válvula íleocecal, sin perforación, defecto del mesenterio correspondiente a ese segmento, con trombosis de los vasos adyacentes, así como edema y congestión en el apéndice y le practicó resección del íleon terminal, anastomosis t-t y apendicetomía. Igualmente, en esta intervención quirúrgica, el ginecólogo encontró perforación de \pm 2 cm. en el fondo del útero, que corrigió mediante sutura.

1.8 El 22 de mayo de 1999 ingresaron a la señora Ocampo a la unidad de cuidados intensivos con diagnóstico de peritonitis. Fue llevada nuevamente a cirugía con anestesia general, en la que encontraron membranas purulentas, dehiscencia de la anastomosis T-T y realizaron hemicolectomía derecha (extirpación de la parte derecha del colón), fístula, ileostomía y lavado abdominal y el cirujano advirtió posibilidad de evisceración por infección y mala calidad de la fascia.

1.9 El 11 de junio 1999 la paciente Ocampo Ocampo fue dada de alta, con manejo de ostomía, indicaciones de curación diaria y reposo, fórmula médica y cita para control por especialistas.

1.10 El 6 de octubre de 1999, mediante procedimiento quirúrgico, con hospitalización, se cerró la ileostomía practicada a la paciente Ocampo.

1.11 La señora Georgina Ocampo Ocampo firmó dos formatos, en los que autoriza al Instituto de Seguros Sociales practicar “Legrado BAG” y “Laparotomía bajo anestesia general”, respectivamente, en los cuales no aparece fecha, nombre del médico informante, descripción de los procedimientos, ni los riesgos asociados. En un tercer formato, también firmado por la señora Ocampo, el espacio para el procedimiento quirúrgico figura en blanco. El señor Jaime Sánchez autorizó, junto con Georgina Ocampo, la práctica de “laparotomía exploradora”, con fecha 21 de mayo de 1999.

1.12 La demandante presenta secuelas permanentes consistentes en deformidad física por cicatriz abdominal y perturbación funcional del órgano de la digestión por resección intestinal.

1.13 Antes del legrado la señora Georgina Ocampo Ocampo vivía en una finca cafetera que su marido administra, en la cual cocinaba para alimentar hasta 30 recolectores del grano y en algunas oportunidades trabajaba como chapolera en los cultivos, labores a las que posteriormente retornó, parcialmente, por limitaciones en el esfuerzo físico a realizar.

2. Material probatorio

Obran en el expediente las siguientes pruebas, relevantes para la decisión que habrá de adoptarse.

2.1 Prueba documental

Fueron allegados los siguientes documentos, decretados como prueba en el proceso:

2.1.1. Registros civiles que dan cuenta del matrimonio de Georgina Ocampo Ocampo y Jaime Sánchez, celebrado el 4 de enero de 1996 y del nacimiento de sus hijas Blanca Lucía, el 18 de febrero de 1987 y Mariluz, el 3 de julio de 1991¹.

2.1.2. Transcripción parcial de la historia clínica de la señora Georgina Ocampo, aportada en la contestación de la demanda². La cita es del siguiente tenor:

08 Abril/99. F.U.M. 24-II-99. Se retiró DIU EL 25-II-99 E.F. P: 67 Kg T.A. 110/70 FC: 70 x minuto G II/III... x UG AU: 70 x minuto I. Diagnóstico: Embarazo de +- 4 semanas. Conducta: Se solicita Gravindex- hemoglobina- Hto- P. de Orina, Glicemia.

Manuel Santacruz.

2.1.3. Copia de la historia clínica de la señora Georgina Ocampo, en la que consta³:

13/05/99. 12+00. Paciente trigestante. FUM 24/02/99, confiable. O RH +. Refiere hemorragia vaginal leve +- 12 hr. EF: Obesa. TA: 130/70 FC 54 x minuto. Peso 74 kg. Abdomen blando, abundante panículo. No tacto vaginal.

¹ Folios 2,3 y 4, cuaderno principal.

² Folio 214, cuaderno principal.

³ Folio 110 y 204, cuaderno principal.

Diagnóstico: Embarazo +- 11 semanas. A. de Aborto. Conducta: Ecografía Pélvica.

Firma Ilegible y sin registro médico.

Hora. 16+45. Ecografía pélvica. Se observa en interior uterino saco gestacional de 33x27x21 mm regular homogéneo sin embrión amenorrea de 11 a 12 semanas medida de saco para 7 semanas.

Diagnóstico: 1) Aborto diferido. Conducta Legrado bajo Anestesia general.

Firma: Márquez. Sin registro médico.

2.1.4. La información que contiene la historia clínica de la señora Ocampo sobre el diagnóstico, la conducta médica a seguir y el legrado efectuado, es la siguiente⁴.

14/05/99. 8:20. Aborto en curso +- 11 semanas. ↑ Útero como 8 semanas. OE dilatado 2 cm. Expulsión coagula y resta. Conducta Legrado BAG (Bajo Anestesia General).

Firma Ilegible y sin registro médico.

Fecha: 14.05.99 Nota procedimiento.

15+00. BAG. Evacuación vesical con sonda. Histerometría +- 10 cm. Se extraen abundantes restos ovulares con Winter. Cureta Nro. 6, dejando cavidad limpia. Durante el procedimiento hay sensación de paso total de la Cureta – Perforación Uterina? Se deja con antibióticos y en observación. (Se destaca).

Firma: Jorge (Apellido Ilegible, posiblemente: Serna).

En la hoja de prescripciones médicas, correspondiente a la misma fecha⁵, 14 de mayo de 1999, se lee:

14/05/99. 14+50. 1) Hospitalizar en G/O. 2) Hartman 3000cc/24hr. 3) Cefalotina 1 gr I V c/6 hr. 4) Gentamicina 80 mg (ilegible) IV. 5) Nada vía

⁴ Folios 110 vuelto, cuaderno principal.

⁵ Folio 116, cuaderno principal.

oral. 6) *Ilegible c/6 hr. Curva térmica c/4 hr.* 7) *reposo en cama* 8) *Avisar cambios.* 9) *Favor no dar salida antes de 48 hr. Gracias.*

Firma: Jorge (Apellido Ilegible, posiblemente: Serna).

En la hoja quirúrgica de enfermería, correspondiente al 14 de mayo de 1999⁶, figura:

Fecha: 14/V/99. Sala # 2. Procedimiento: Legrado Uterino. Especialidad: Ginecología. Tiempos: Llegada a SOP 13:40. Inicia Anestesia. 14+17. Inicia Cirugía 14+23. Salida SOP 14+35. Fin anestesia --. Fin cirugía 14+30. Cirujano 1 Dr. Diego Salazar. Cirujano 2---. Ayudante ---. Anestesiólogo Dr. Javier Betancour. Aux. Anestesia Nilsa Muñoz. Instrumentad. Eliana Gualdrón. Circulante. Gloria E. Mejía. Signos Vitales al Ingreso: TA 116/64. Pulso 58 kg (sic). Peso 73 Kg. SAO₂ 98%. Tipo de anestesia: General X. Dx PREOP: Aborto en curso. PROCED. Legrado Uterino. Dx. Post. Legrado Uterino. Supino X. Tejidos: Restos-ovulares. Signos vitales al salir de S. de C. PA. 100/60. P. 68. R. 99% SPO₂. Comentarios: No entubación. Se evacúa vejiga, por sonda. Se toma muestra de restos ovulares para anatomía patología, regular sangrado vaginal. Firma Auxiliar de Anestesia: Nilsa Muñoz.

2.1.5. Sobre la evolución posterior al legrado, la dada de alta de la clínica, la historia de la señora Ocampo refiere⁷.

V-15-99. La paciente se siente muy bien su estado clínico es satisfactorio. C/OBS.

Firma Ilegible y sin registro médico.

V-16/99 (Se destaca). SALIDA

Firma Ilegible y sin registro médico.

Sobre la evolución de la paciente Ocampo, después del legrado, las anotaciones de enfermería señalan⁸:

(Sin fecha). 14:35. Ingreso pte a recuperación BEAG. Trae L.EV (ilegible) en MSI pasando SSN con 2 grm de Novalgina. SSN con oxitocina en Y. Sangrado vaginal escaso. PA: 100/65. P. 50x'. SO₂ 97%. Toma muestra por anatomía patología.

⁶ Folio 142, cuaderno principal.

⁷ Folios 110 vuelto, cuaderno principal.

⁸ Folio 151, cuaderno principal.

Firma: Silvia.

15:40. Sale paciente para gineco consciente, despierta. PA: 100/65. P. 68x'.
SO₂ 96%.

Firma: Olga.

15:50. Pte procedente de Recuperación de un legrado BAG pte conciente (sic) orientado con sangrado vaginal escaso con L. EV. Permeable se entrega anatomía patológica a la familia P/ reporte P/ iniciar vía oral.

Firma Ilegible.

18:45. Pte refiere sentirse bien sangrado vaginal escaso. Dolor en bajo vientre leve. Eliminó. Continúa con L.EV (ilegible) –se subraya-.

Firma Ilegible.

(...)

V15/99. Paciente que duerme a periodos. Presenta dolor (sigue texto tachado) se le aplicó analgésico, con sangrado vaginal escaso, eliminó varias veces –se subraya-.

8 am. Paciente en cama consciente y orientada con L.EV permeable en MSI. Refiere dolor bajito tolerable. No sangrado vaginal. P/ rep. de patología. 45. Pte refiere sentirse bien sangrado vaginal escaso. Dolor en bajo vientre leve. Eliminó. Continúa con L.EV (ilegible) –se subraya-.

Firma Ilegible

15-05-99. 19h. Georgina Ocampo. Pt. Post legrado tiene dolor abdominal leve. Sin sangrado vaginal. Se inicia vía bien tolerada. Continúa igual manejo y tto. –se subraya-.

Firma Ilegible

6 am. Pte sin complicación durante la noche durmió. Tiene dolor a la palpación en abdomen. Sangrado vaginal escaso. Se inicia vía bien tolerada. Continúa igual manejo y tto. TA 90/60 P79 36°C –se subraya-

Firma Ilegible

7:00. Recibo paciente en buenas condiciones generales, afebril, hidratada, con LEV, valorada por médico general, se le retira LEV, pasa la mañana en buenas condiciones generales, egresa del servicio en buenas condiciones con familiar.

Firma: Marcela.

11+30: Egresada paciente acompañada de familiares en aparentes buenas condiciones, sin fórmula y educación sobre cuidados y precauciones que debe tener si presenta fiebre, flujo de aspecto normal, que consulte al médico inmediatamente.

Firma Ilegible

2.1.6. Sobre el reingreso de la señora Ocampo al servicio médico, su historia clínica señala⁹:

17/05/99. 1+45. Reingreso. Refiere dolor abdominal hace \pm 6 horas. No emesis. Aceptación a la vía oral. Hábitos intestinal y urinaria normales (sic). EF: regular estados generales álgica. TA 60/40 FC 120 x minuto 37° C. Abdomen blando, doloroso en hipogastrio y fosas ílicas. Peritaltismo +. Conducta: Se hospitaliza nuevamente, teniendo en cuenta el antecedente referido.

Firma Ilegible y sin registro médico.

Mayo 17/99. 8+30. Legrado viernes pasado. Paciente álgida, deshidratada. Abdomen agudo. Blomberg generalizado. Dx: Abdomen agudo post-legrado. Cta: Laparoscopia.

Firma Ilegible y sin registro médico.

En la hoja de prescripciones médicas, correspondiente al reingreso de la paciente¹⁰, el 17 de mayo de 1999, se lee:

17/05/99. 1+45. 1) Hospitalizar en G/O. 2) Hartman 2000cc a 20 gotas x'. 3) Cefalotina 1 gr I V c/6 hr. 4) Gentamicina 80 mg c/12 hr. IV. 5) reposo en cama. 6) Curva térmica c/4 hr. 7) SS → CH- Creatinina- (ilegible)- GOT- GPT- (Ilegible) 8) Avisar cambios. Gracias.

Firma: Jorge (Apellido Ilegible, posiblemente: Serna).

⁹ Folios 111, cuaderno principal.

¹⁰ Folio 116, cuaderno principal.

2.1.7. Las hojas de descripción quirúrgica correspondientes a la laparotomía practicada a la señora Ocampo, el 17 de mayo de 1999, señalan¹¹:

Datos del cirujano: García Alzate Fernando (...) Nombre de la Intervención: Laparotomía Exploradora. Diagnóstico Pre-operatorio: Sepsis Abdominal. Diagnóstico Post-operatorio: Necrosis Íleon Terminal- Perforación de Útero-Apendicect. Descripción quirúrgica y diagramas anatómicos: Soy llamado para evaluar intraoperatorio sepsis abdominal. Se halla hemoperitoneo ± 500 cc. Necrosis de segmento del Íleon terminal + 12 cm a 5 ó 6 de la válvula íleocecal. No hay perforación. Defecto del mesenterio correspondiente a este segmento con trombosis de los vasos adyacentes de éste. Se practica resección de este segmento con anastomosis T-T y verificando su adecuada irrigación, con POS 3-0. Se observa apéndice edematoso y congestivo por lo cual (trauma físico previo) se decide practicar apendicectomía (sic). Se liga e invagina el muñón, seda 2-0. Lavado de cavidad con salina tibia. Cierre de fascia con PPS 0. Piel empacada con gasa con (ilegible). Compresas completas. Se tomó muestra para Gram. del líquido peritoneal sin hallarse gérmenes.

Firma Ilegible.

Datos del cirujano: 0702. Figueroa Jaramillo Iván (...) Nombre de la Intervención: Rafia Uterina. Diagnóstico Pre-operatorio: Perforación Uterina. Diagnóstico Post-operatorio: Perforación Uterina + Necrosis Intestinal. Descripción quirúrgica y diagramas anatómicos: 1. Laparatomía (ilegible). 2. Líquido (ilegible) en cavidad. Se toma muestra. 3. Útero con perforación uterina de 2 cm a nivel del fondo. 4. Se encuentra necrosis intestinal sin perforación a nivel del íleon terminal. No se encuentra pus. Se solicita colaboración del (ilegible) general. Se decide: 1. Rafia Uterina. 2. Resección intestinal + anastomosis. 3. Cierre laparatomía.

Firma Ilegible.

Sobre la evolución posterior, la historia clínica de la paciente Ocampo, señala¹²:

Mayo 20/99. Refiere emesis directamente inducida por el metronidazol IV. Hoy (ilegible) día P.O.P. Resección de íleon T Anastomosis T-T. Abdomen depresible, blando y con leve distensión. Peristaltismo +. Plan: suspender metronidazol.

¹¹ Folios 148 y 149, cuaderno principal.

¹² Folios 111, cuaderno principal.

Mayo 20/99. Refiere emesis directamente inducida por el metronidazol IV. Hoy (ilegible) día P.O.P. Resección de íleon T Anastomosis T-T. Abdomen depresible, blando y con leve distensión. Peristaltismo +. Plan: suspender metronidazol.

Firma ilegible y sin registro médico.

18V99. Ilegible. Emesis. Ilegible. 120/70. FC 87x'. Ilegible. 30°C.

Firma ilegible y sin registro médico.

Mayo 19. Bena evolución (sic). Se inicia dieta

Firma ilegible y sin registro médico.

20V99. Sigue presentando vómito. Peristaltismo +. Distensión abdominal. Ilegible. 100/60. FC 80x. Ilegible.

Firma ilegible y sin registro médico.

20/5/99. Ilegible. Mejor evolución. Ilegible. ↓ Emesis. T= 3+ Ilegible.80. Ilegible. CP=N. Ilegible. No dolor. Peristalsis presente. bN=N.

Firma ilegible y sin registro médico.

21V99. 8:45 a.m. Ilegible. Distensión abdominal. Ilegible. 120/70. FC 80. Ilegible. 37°C. D: Peritonitis.

Firma ilegible y sin registro médico.

Se le explica al esposo la condición de la paciente y posible muerte

Firma ilegible y sin registro médico.

2.1.8. Sobre el ingreso de la señora Ocampo a la Unidad de Cuidados Intensivos y los procedimientos, la historia clínica refiere¹³:

22-V-99. 1+45. INGRESO UCI. (...)El 21-V-99 nueva valoración por cirugía muestra: "irritación peritoneal, distensión, disminución del peristaltismo" con diagnóstico de peritonitis. Se lleva nuevamente a cirugía con anestesia general. Encuentran membranas purulentas y dehiscencia de anastomosis T-T. Realizan hemicolectomía derecha y fístula e ileostomía, lavado de cavidad. El cirujano advierte la posibilidad de evisceración por la infección mala calidad de la facia (sic). También encuentra laceración del intestino delgado en su serosa, coloca puntos (...).

Sin firma.

2.1.9. En cuanto a la salida de la señora Ocampo del servicio médico, las anotaciones de enfermería de la historia clínica señalan¹⁴:

11-06-99. Ilegible. En estables condiciones, afebril, duerme a intervalos largos, confirma... ilegible. Pdte. Curación diaria y cuidados en colostomía. Ilegible. Vx x el Dr. Vargas para definir salida.

Firma: Efigenia.

10. Pcte que fue valorada por ex general quien dio de alta.

Firma: Mónica (ilegible). Aux. de Enf.

16+30. Pcte que sale del servicio acompañada del esposo dándose indicaciones respectivas entre ellas dónde ba (sic) a curación diaria, salió caminando por sus propios medios, consiente (sic), calmada, orientada, Hda. Quirúrgica afrontada, LIMPIA, con buen tejido de granulación. Se dio educación sobre curaciones, alimentación manejo de ostomía (y dónde conseguir las bolsas de cambio por ISS o compras desechables) y reposo que debe tener mientras que cierra completamente, lleva fórmula médica, cita control por especialistas 60 (ilegible).

Firma: Sandra Caicedo, sin registro de enfermería.

¹³ Folios 113, cuaderno principal.

¹⁴ Folios 160, cuaderno principal.

Enseguida de este registro, finalizan las anotaciones de enfermería con este texto:

Nota: Cabe anotar que la señora comento (sic) al personal auxiliar de enfermería de turno que se realizó otras maniobras abortivas fuera (sic) de la clínica y sin autorización del esposo por lo que le dio miedo comentarle y cuando consultó “ya estaba complicándose” palabras de ella (sic).

Firma: Sandra Caicedo, sin registro de enfermería.

2.1.10. La historia clínica de la señora Ocampo da cuenta del cierre de la ileostomía, mediante procedimiento quirúrgico efectuado el 10 de octubre de 1999¹⁵.

2.1.11. Copia de 4 formatos de “Autorización de intervención o procedimiento quirúrgico”¹⁶, a nombre de Georgina Ocampo Ocampo, en los cuales se dice autorizar al Seguro Social para que le practiquen Legrado BAG, Laparotomía exploradora (con fecha V-21/99) y Laparotomía bajo anestesia general, respectivamente y el cuarto con espacio en blanco para el procedimiento a realizar y con fecha del 5 de octubre de 1999.

Además de los anteriores datos, como única información adicional los referidos formatos contienen el siguiente texto, preimpreso:

“A plena conciencia acepto los riesgos de dicha intervención o procedimiento y relevo de toda responsabilidad al personal médico y paramédico del Seguro Social”.

2.2 Pruebas técnicas

2.2.1 Dictamen pericial del Instituto de Medicina Legal

Los demandantes pidieron dictamen pericial al Instituto de Medicina Legal¹⁷ para que, previa evaluación médica de la paciente y de la historia clínica, el perito

¹⁵ Folios 172 y siguientes, cuaderno principal.

¹⁶ Folios 142 y 181, cuaderno principal.

¹⁷ Este dictamen pericial fue decretado por auto del 17 de febrero de 2000 -folios 234 a 238 del cuaderno principal- .

determine los procedimientos médicos establecidos ante la sospecha de perforación en el ámbito de un legrado uterino, el estado actual de salud de la paciente Ocampo, su incapacidad física y las secuelas dejadas por las intervenciones a las que fue sometida.

Con base en la Historia Clínica y el examen practicado a la paciente Georgina Ocampo Ocampo, el 8 de marzo de 2000, el perito médico de este Instituto dictaminó¹⁸:

(...) HISTORIA CLÍNICA

(...)

En la nota de enfermería que aparece al folio 19, se anota que se saca colon derecho para anatomía patológica; pero por orden de la Dra. Chaves no se envía muestra para anatomía patológica y autoriza... (ilegible) intestino resecado. Lo anterior explica porque no se (sic) encontró estudio anatomopatológico del colon resecado (...).

Los reportes de anatomía patológica describen una decidua vera-endometría-legrado-biopsia.

Un apéndice cecal con extensa hemorragia a nivel del meso y un íleon terminal de 14 cm con necrosis total de la mucosa, submucosa y parcial de los músculos y serosa (infarto transmural) ya se anotó porque (sic) no hay estudio anatomopatológico de colon derecho.

Una vez hecha la anterior evaluación para dar respuesta a los dos interrogantes planteados (...)

Su estado de salud actual es compatible con el de una persona que se le ha resecado el íleon terminal y colon derecho, describiendo trastornos digestivos funcionales y dolor abdominal.

¹⁸ Folios 115 a 118, cuaderno principal.

En cuanto a la incapacidad física a que se refiere la pregunta, si ésta es del orden penal, se establece en mayor de -90- días.

Si la incapacidad solicitada es del orden laboral me permito informar que actualmente el Instituto de Medicina Legal no está expidiendo este tipo de incapacidades.

Las secuelas que le dejan a la señora GEORGINA OCAMPO las cirugías practicadas son de orden estético y funcional.

La cicatriz abdominal constituye una Deformidad Física de carácter Permanente.

La resección intestinal constituye una Perturbación Funcional del órgano de la digestión de carácter Permanente.

La esperanza de vida calculada a esta paciente es de -48.5- Años de acuerdo a la última tabla de esperanza de vida (...)

Una vez se sospechó la ruptura uterina se observó clínicamente a la paciente y al no detectar ningún síntoma de alarma se procedió a darle de alta.

No se le practicó ecografía u otro tipo de exámenes por cuanto la evolución después del Legrado fue normal y la nota dice "fue dada de alta con estado clínico Satisfactorio".

En cirugía es de gran ayuda la evaluación clínica, la cual indica los signos que hacen necesaria una intervención. El laboratorio ayuda a confirmar la presencia de esos signos pero en muchos casos no se requieren ante evidencia de la clínica sobre todo en casos de abdomen agudo de origen traumático.

La urgencia de un cuadro abdominal agudo, muchas veces se manifiesta primero por la clínica que por el laboratorio puesto que los cambios del laboratorio se hacen a medida que la inflamación va evolucionando. En un cuadro de abdomen agudo de tipo médico o clínico sí es importante ver la

evolución de los cambios de laboratorio pero no cuando se sospecha que el abdomen agudo es de tipo traumático como en este caso y donde los cambios clínicos fueron evidentes.

2.2.2 Dictamen pericial de médicos especialistas en ginecología

Igualmente, el apoderado de la entidad demandada requirió la práctica de dictamen pericial de médico especialista en ginecología, con el fin de que, a partir de la historia clínica de la señora Georgina Ocampo Ocampo, absuelva interrogantes relacionados con la forma de diagnosticar la perforación uterina que presentó, con las causas de la tórpida evolución, con la conducta médica a seguir y las complicaciones que pueden producir las maniobras abortivas¹⁹.

Los médicos ginecólogos del Hospital de Caldas, Empresa Industrial y Comercial del Estado, que fueron designados como peritos, rindieron el siguiente dictamen²⁰:

1. *¿CÓMO SE PUEDE SOSPECHAR UNA PERFORACIÓN UTERINA?*
 - a. *Cuando al realizar la Histerectomía no se detecta el fondo de útero.*
 - b. *Cuando al pasar la cureta o la pinza de Winters, se obtiene la sensación de paso total de los instrumentos.*
 - c. *Cuando al maniobrar la cureta o las pinzas hacia la pared abdominal anterior, éstas se palpan fácilmente por debajo de esta pared.*

2. *¿EN CASO DE OBTENER LA SENSACIÓN DE PASO TOTAL DE LA CURETA CON LA PRIMERA MANIOBRA, PUEDE PRESUMIRSE QUE EL ÚTERO YA ESTABA ROTO?*

Aunque puede presumirse que tenía una perforación previa, no puede asegurarse tal cosa pues en muchas oportunidades el grosor de la pared uterina, es tan delgado que el solo paso del histerómetro o de la cureta o de las pinzas, pueden producir la perforación uterina y mucho más teniendo en cuenta que se trata de un procedimiento a ciegas.

3. *¿PORQUE (sic) RAZÓN O RAZONES UNA PACIENTE EN*

¹⁹ Este dictamen pericial fue decretado por auto del 17 de febrero de 2000 -folios 234 a 238 del cuaderno principal- .

²⁰ Folios 16 a 18, cuaderno 4.

APARENTES BUENAS CONDICIONES TUVO UNA EVOLUCIÓN TAN TÓRPIDA CON UNA PERFORACIÓN UTERINA DETECTADA A TIEMPO?.

- a. *Se desconoce el estado nutricional que tenía la paciente antes de ser sometida a este procedimiento.*
- b. *No está claro si hubo manipulaciones previas antes de llegar a la Clínica.*
- c. *Se produjo una lesión intestinal que no se detectó, por la cual la paciente entró a un estado de sepsis y peritonitis pélvica.*
- d. *A pesar de que la paciente fue vigilada durante 24 horas, no fue tiempo suficiente para aclarar que cursaba con otra lesión diferente a la intestinal.*
- e. *El uso de analgésicos y antibióticos que se le colocaron cuando se sospechó la perforación uterina, pudieron enmascarar la lesión intestinal que fue detectada posteriormente.*

4. *¿QUÉ CONDUCTA MÉDICA SE PUEDE ASUMIR ANTE LA SOSPECHA DE PERFORACIÓN UTERINA?*

- a. *Suspender el procedimiento que se está realizando.*
- b. *Hospitalización para observación, toma de ayudas de laboratorio y ecografía pélvica para observar las condiciones intrauterinas.*
- c. *Vigilar hemodinámicamente, pulso, tensión y el estado abdominal buscando signos de irritación peritoneal.*
- d. *Rx Tórax de pie para buscar neumoperitoneo.*
- e. *Laparoscopia diagnóstica.*
- f. *Suspender vía oral por si se requiere laparotomía de urgencia.*
- g. *Evitar el uso de analgésicos y antibióticos que puedan enmascarar el cuadro abdominal.*
- h. *Utilización de oxitócicos que ayuden a mejorar el tono uterino y eviten hemorragias por el sitio o sitios de perforación.*
- i. *Vigilancia intrahospitalaria según evolución entre 24 a 72 horas.*

5. *¿CUANDO SE REALIZAN MANIOBRAS ABORTIVAS, CUÁLES COMPLICACIONES PUEDEN PRODUCIRSE EN UNA MUJER?*

- a. *Infección intrauterina, anexial, pélvica, peritoneal, sepsis generalizada.*
- b. *Hemorragia uterina controlada.*
- c. *Perforación uterina, asas intestinales, vejiga o recto.*
- d. *Falla multisistémica.*
- e. *Muerte.*
- f. *Esterilidad por anexo-histerectomía por sepsis uterina.*
- g. *Menopausia precoz por extirpación temprana de ambos ovarios por infección.*
- h. *Trastornos de la fertilidad secundarios a daño tubárico por infección o inflamación.*

2.2.3 Concepto médico del Comité Ad-hoc, de la Seccional Antioquia, del Instituto de Seguros Sociales

Dentro de la información allegada por la entidad demandada al expediente, relacionada con las investigaciones internas que adelantó por la atención prestada a la señora Georgina Ocampo, obra copia de concepto emitido por un Comité Ad-hoc, de la Seccional Antioquia del Instituto de Seguros Sociales, conformado por un médico obstetra, dos cirujanos y un galeno del Departamento de Mercado y Calidad. Este comité concluyó²¹:

(...)

C. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.

(...)

Cuando el médico realiza el curetaje sospechó la posibilidad de ruptura uterina por lo cual se toma la decisión de dejarla en observación por 48 horas, manejo que es pertinente cuando hay sospecha de ruptura.

Para los miembros del Comité, es claro que un útero se hace más susceptible de ruptura en un curetaje bajo las siguientes circunstancias:

Trauma previo, procesos infecciosos, dificultades técnicas como son la obesidad, la posición anatómica del útero (retroversión), edad gestacional avanzada (a mayor edad, mayor riesgo), tipo de alimentación placentaria (placenta acreta que debilita la pared interna).

Los integrantes del Comité reiteran que para el análisis del caso, es fundamental que hace la enfermera Sandra Caicedo cuando el 11 de junio de 1999 a la hora de salida de la paciente escribe que la paciente confiesa haber realizado maniobras abortivas previas; lo cual aumenta el riesgo o pudo ser la causa directa de la perforación uterina.

Las complicaciones presentadas en la paciente se detectaron en forma oportuna y se trataron adecuadamente. Por otra parte para los Miembros del Comité, el manejo posterior al curetaje, fue el adecuado porque la conducta es la observación clínica por 48 horas.

²¹ Folios 18 a 22, cuaderno 5.

La intervención quirúrgica y el manejo médico dado desde que se realiza la primera intervención quirúrgica donde se encuentra necrosis intestinal, y posteriormente en la segunda intervención quirúrgica donde se detectó filtración de la anastomosis T-T fueron con racionalidad lógico técnica científica (sic).

Para los Miembros del Comité, no se presentó falla profesional porque si bien es cierto que la perforación uterina tiene una frecuente baja de presentación durante un curetaje, es una complicación inherente al mismo procedimiento. En el presente caso existían condiciones previas que aumentaban el riesgo.

D. CONCEPTO.

Favorable. No se presentaron fallas en el proceso de atención, en la estructura ni profesionales.

2.3 Prueba testimonial

2.3.1 Declaraciones rendidas por los médicos y enfermera que trataron a la señora Georgina Ocampo Ocampo

Obran en el expediente testimonios del cirujano Fernando García Alzate, del ginecobstetra Jorge Iván Figueroa y de la enfermera Sandra Judith Caicedo Echeverry, quienes prestan sus servicios en la clínica del Instituto de Seguros Sociales y trataron a la señora Ocampo.

En su testimonio el médico García Alzate²² relata la atención que le suministró a la paciente y que coincide con las descripciones quirúrgicas de la laparotomía, contenidas en la historia clínica. Adicionalmente, señaló –se destaca–:

PREGUNTADO: Podría usted indicarnos, algunas causas para que la paciente presentara una perforación de un centímetro, como lo afirmó en la respuesta anterior? CONTESTÓ: Es lógico suponer, que después de un procedimiento como un curetaje pueda presentarse esta complicación. Pero

²² Folios 2 a 9, cuaderno 2.

además pueden haber otras causas como lo sería las maniobras abortivas, que indiscriminadamente algunas pacientes se autopractican o se las practican otros, en lo que observamos pueden ser la introducción de objetos cortantes como : varillas o metálicos como alambres rígidos, trozos de madera longitudinales y muy eventualmente sondas muy rígidas que si hallaran un útero grávido pudieron perforarlo, además algunas personas, utilizan fluidos cáusticos asociados a estas maniobras que facilitarían las lesiones del útero. PREGUNTADO: Sírvase decirnos, si podría afirmarse que la paciente referida presentara signos de haberse practicado maniobras abortivas?. CONTESTÓ: Es de competencia más individualizada del ginecólogo definir si en su valoración hallase signos de la misma. En últimas ambas perforaciones pueden ser de característica idénticas y ser solo el antecedente reconocido por la paciente el hecho que determina cuál fue su origen. Aclaro que al decir ambas perforaciones me refiero, a la que puede aparecer después de un procedimiento realizado por un médico competente con todas las normas de asepsia u antisepsia y las realizadas por un persona ajeno a todas esas normas. PREGUNTADO: Sírvase decirnos, si es obligación profesional del médico dejar consignado en la historia clínica el estado corporal en que se manifiesten antecedentes de maniobras abortivas?. CONTESTÓ: Indudablemente que sí (...). PREGUNTADO: Sírvase informarnos, considerando que usted ha sido el médico tratante de la demandante, el estado general actual de salud de la misma?. CONTESTÓ: Las condiciones de salud hasta los últimos controles realizados en consulta externa, demuestra que la paciente se ha rehabilitado de su problema quirúrgico, en el ciento por ciento de su salud (...) **Sírvase informarnos, las secuelas definitivas que las cirugías practicadas a la señora Ocampo Ocampo le dejaron?.** CONTESTÓ: **Primero, mejoría de su silueta, ya que al parecer ha moderado su ingesta. Segundo, el recuerdo imborrable de un cirujano en su abdomen, cicatriz que puede ser compaginar bien con las estrías que ella manejaba en su vientre.** Por lo demás ni desde el punto de vista nutricional, ni fisiológico (sexual, reproductivo y funcional intestinal) le ha dejado las intervenciones quirúrgicas practicadas (...) PREGUNTADO. Afirmó usted varias veces, que no existen secuelas en el presente caso, podría hablarnos del síndrome adherencial, consecuencia de dichas intervenciones?. CONTESTÓ: El síndrome en mención, está manifestado por la presencia de cicatrices que se forman en el intestino o en la pared peritoneal, usualmente tiene el antecedente de una o varias intervenciones quirúrgicas previas. Los síntomas pueden ser ninguno o la presencia de dolor abdominal usualmente progresivo con manifestaciones de distensión abdominal, náuseas, vómitos hasta llegar a ser de características fecaloides, cuando producen obstrucción completa del intestino.

El ginecobstetra Figueroa también relató la atención que le suministró a la paciente y que coincide con las descripciones quirúrgicas de la laparotomía, contenidas en la historia clínica. También señaló²³ -se destaca-:

(...) PREGUNTADO: Sírvase decirnos si con el examen que usted practicara inicialmente a la citada paciente, podría afirmarse que presentara signos de haberse practicado maniobras abortivas?. CONTESTÓ: No. El cuadro clínico de la paciente es compatible con una perforación uterino postlegrada. Si bien es cierto cuando hay prácticas abortivas se puede presentar perforación uterina hay otro tipo de lesiones en órganos genitales externos o en vagina que orientan al clínico sobre la presencia de este tipo de maniobras. PREGUNTADO: Sírvase manifestar si el médico que la atendió inicialmente estaba en la obligación de dejar anotado en la respectiva historia la realización de dichas prácticas?. CONTESTÓ: Cuando una paciente consulta por sangrado genital en el primer trimestre y después de examinar a la paciente uno encuentra sospecha clínica de que la paciente se practicó maniobras abortivas se interroga a la paciente, porque el manejo cambia por completo. No es lo mismo que una paciente consulte con un aborto incompleto que se le haya practicado maniobras abortivas, porque el manejo es completamente distinto. La paciente con maniobras abortivas se considera una paciente séptica (infectada) y se le hace un manejo clínico agresivo, legrado uterino, manejo con antibióticos y observación hospitalaria mínimo por 72 horas. Si el clínico sospecha que las maniobras abortivas hay algún tipo de lesión en víscera, llámese útero llámese intestino, se procede de forma inmediata a explorar la paciente. En el caso de una paciente con aborto incompleto espontáneo se procede a efectuar legrado uterino y se envía inmediatamente para la casa. PREGUNTADO: Conforme a su respuesta anterior con vista en la historia entonces podría afirmarse y se insiste en la pregunta. Esta paciente se había practicado o no maniobras abortivas?. CONTESTÓ: Con base en la historia clínica y analizando los hallazgos de los médicos que la examinaron inicialmente, no hay evidencia por los hallazgos clínicos en la paciente que se haya practicado maniobras abortivas (...) PREGUNTADO: Existe y qué indica el protocolo de manejo o guía de atención para los casos de perforación uterina sospechada?. CONESTÓ: Sí existe. Cuando hay sospecha clínica de perforación uterina la paciente se debe dejar en observación médica para ver si en las próximas 24 o 36 horas de observación si hay signos de irritación peritoneal. El manejo de antibióticos es discutible algunos lo utilizan otros no. Si a las 24 horas no hay signos de irritación peritoneal, la paciente puede ser dada de alta con instrucciones. Por el contrario si hay signos de irritación peritoneal, se puede optar una de las siguientes conductas: 1. Laparotomía inmediata para determinar qué tipo de lesión hay en la cavidad abdominal; 2. Hidratación, manejo con antibióticos haber (sic) si hay mejoría clínica. Si no la hay en las 12 horas siguientes se procede ha (sic) laparotomía. La conducta en todo caso se tomará de acuerdo a las condiciones clínicas de la

²³ Folios 10 a 16, cuaderno 2.

paciente (...) PREGUNTADO: En respuesta anterior, cuando usted se refirió al protocolo a seguirse por sospecha de perforación uterina no hizo mención a orden de realizar pruebas tales como exámenes de rayos X, ecografías, etc. Por qué causa no se indicaron?. CONTESTÓ: Porque no son necesarias, me explico. La perforación uterina de las características específicas en esta paciente simplemente ameritaban la observación durante 24 horas. A la paciente se le practicaron antibióticos, conducta que es discutible particularmente yo no uso antibióticos en perforación uterina, salvo que haya riesgo de infección, lo que cambia por completo el manejo de la paciente. Si en el transcurso de las primeras 24 horas hay signos de irritación peritoneal se procede con toda una batería de paraclínicos. PREGUNTADO: De conformidad con lo consignado por usted en la historia clínica, cuando valoró a la paciente en mención, evidenció la presencia de un shock o cuadro de shock séptico?. CONTESTÓ: La paciente tenía un típico cuadro de irritación peritoneal secundario a perforación de visera (sic). Los hallazgos quirúrgicos confirman perforación uterina sin presencia de infección motivo por el cual opté por cirugía conservadora, cual es, la rafia uterina. En presencia de shock séptico por perforación se procede de inmediato a hacer histerectomía abdominal (extracción del útero) más otra serie de medidas tributarias de cuidado intensivo. PREGUNTADO: Una paciente que sufre perforación uterina, como en el caso que nos ocupa, pierde como consecuencia de ello su capacidad reproductiva?. CONTESTÓ: En este caso específico la respuesta es no. PREGUNTADO: Qué secuelas deja en una mujer este tipo de perforación uterina?. CONTESTÓ: Ninguna.

En su testimonio la enfermera Caicedo Echeverry, expuso²⁴:

PREGUNTADO: Qué puede usted informar al despacho en relación con una nota visible a folio 160 del expediente, contenida en la historia clínica de la paciente a la que nos hemos venido refiriendo. A la testigo se le pone de presente el folio mencionado. CONTESTÓ: Sí. Sí es mi firma, es una nota complementaria de ingreso de la paciente, la enfermera de servicio siempre revisa las notas de egreso, si hace falta se realiza o también se complementa en caso necesario, eso siempre se realiza con todas las historias clínicas. Cuando nosotros ingresamos a la habitación de ella, aunque la señora es poco elocuente, siempre hacía comentarios de su enfermedad y ella nos comentó no solo a mí sino también a las auxiliares que ella se había realizado maniobras abortivas antes de ingresar a la Clínica y que además no le había comentado al esposo por temor. PREGUNTADO: Sírvase referir al despacho, qué clase de maniobras abortivas se había practicado la citada paciente?. CONTESTÓ: No yo no me acuerdo de lo que ella haya dicho textualmente, pero me pareció importante anotarlo en la historia. PREGUNTADO: A la testigo se le requiere para que informa al despacho, en qué forma, le hizo esta manifestación la señora

²⁴ Folios 4 a 9, cuaderno 2.

Georgina Ocampo Ocampo, pues dada su preparación (de la paciente) se presume que el término “maniobras abortivas” no el por ella utilizado?. CONTESTÓ: No ella es una persona muy sencilla, que no sabe expresarse muy bien, no recuerdo exactamente las palabras textuales, ella se había hecho algo pero no recuerdo muy bien qué palabras utilizó. PREGUNTADO: Sírvase decirnos, los nombres de las otras dos personas que según su respuesta anterior escucharon el dicho de la paciente?. CONTESTÓ: Yo no dije que eran dos, por el servicio rotan muchas auxiliares, no me acuerdo exactamente quién estaba en ese momento (...) PREGUNTADO: Puede usted decirnos, por qué dentro de la historia clínica suministrada a la paciente directamente por parte del I.S.S. y anexada al proceso, no aparece la hoja No. 9 correspondiente a las anotaciones de enfermería, hoja en la que aparece la nota suya de la cual nos hemos venido refiriendo?. Se le pone de presente folio NO. 27 y el mismo 160 vuelto del expediente. CONTESTÓ: La historia clínica tiene mucho recorrido, del servicio pasa a la secretaría, de secretaría pasa a estadística, luego pasa a facturación y finanzas y luego para al archivo del CAA que le corresponde y cada dependencia tiene un orden o tiene una forma de organizar las historias y actualmente se está tratando de unificar el orden (...).

2.3.2 Sobre las condiciones personales de la señora Ocampo

Obran en el expediente los testimonios de Adriana María Ortiz Muñoz, Rosalba Sánchez de Trujillo, Francisco Javier Ramírez Buitrago y Carlos Arturo Sánchez, que dan cuenta i) de que antes de la atención médica prestada a la señora Ocampo en el Instituto de Seguros Sociales, ella trabaja en la finca cafetera que administra su marido, cocinando para el personal y también como recolectora y ii) de la tristeza y el decaimiento que sufrió por la condición en que quedó después de las cirugías que le practicaron.

3. Trámite de primera instancia

3.1 La demanda

3.1.1 Pretensiones

Los actores piden en la demanda²⁵ que se declare al Instituto de Seguros Sociales responsable del daño causado por la atención médica tardía, deficiente y

²⁵ Folios 77 a 100, cuaderno principal.

equivoca, prestada a la señora Georgina Ocampo Ocampo y se condene al pago de perjuicios morales, materiales y fisiológico, teniendo en cuenta que la demandante presenta riesgos que le impiden tener otro hijo y padece intestino directo, que afecta su capacidad laboral y sus hábitos alimenticios.

3.1.2 Fundamentos

Afirma la apoderada de la parte actora que la entidad demandada incurrió en falla médica al atender a la señora Georgina Ocampo, i) por impericia, ya que el médico que practicó el legrado faltó al debido cuidado, perforando el útero, lesionando el intestino delgado y omitiendo poner a disposición de la paciente toda su ciencia y los medios adecuados para confirmar el diagnóstico de perforación uterina; ii) por retardo, dado que en muchas oportunidades la paciente debió soportar dolores intensos durante largos periodos de espera, sin recibir atención; iii) por omisión en el suministro de los medicamentos formulados; iv) porque la atención prestada fue ineficiente para corregir oportunamente las lesiones causadas; v) debido a que no elaboró correctamente la historia clínica de la paciente Ocampo; vi) porque vulneró los derechos de la paciente al haberla intervenido quirúrgicamente sin suministrarle la suficiente información sobre los procedimientos a practicar, los riesgos asociados y sus resultados, que le hubieran permitido conocer previamente su situación y expresar libremente un consentimiento informado.

Sostiene la apoderada de los demandantes que existe relación de causalidad entre la falla del servicio médico y el daño por la perforación uterina y las lesiones intestinales causadas a la señora Ocampo, ya que si los médicos hubieran diagnosticado oportunamente la lesión causada a la paciente durante el legrado, serían distintos su evolución y estado físico actual.

3.2 Intervención pasiva

El Instituto de Seguros Sociales, a través de apoderado, se opone a las pretensiones de la demanda, acepta los hechos relacionados con la atención médica prestada a la señora Georgina Ocampo Ocampo y niega que haya incurrido en falla del servicio. Sostiene i) que la perforación uterina es atribuible a las maniobras abortivas que la demandante se practicó antes de acudir a la clínica; ii) que la perforación es un riesgo inherente al legrado realizado a la paciente dentro de los cánones de la ciencia médica obstétrica; iii) que, por regla general, antes de intervenir quirúrgicamente el médico le informa a todo paciente sobre la clase de procedimiento a realizar y los posibles riesgos asociados; iv) que el seguimiento y la observación de una paciente con perforación uterina se realiza solamente a través del examen clínico ya que las imágenes diagnósticas pueden confundir y retrasar las conductas a seguir; iv) que la paciente no reingresó en

estado de choque séptico ni presentó este cuadro clínico; vi) que la decisión médica de llevar a la demandante a laparotomía, el 17 de mayo de 1999, fue oportuna, porque en ese procedimiento no se encontró gérmenes; vii) que la dehiscencia posterior de la anastomosis T-T es un riesgo inherente a toda sutura y no obedece necesariamente a una mala práctica médica y viii) que el no suministro de los medicamentos formulados es intrascendente, porque cuando ello sucedió ya estaba superado el cuadro clínico que originó su prescripción.

Concluye el apoderado del Instituto de Seguros Sociales que la paciente fue manejada oportuna y adecuadamente, con pericia, dentro de los cánones de la ciencia médica obstétrica y que las consecuencias sufridas son derivadas del procedimiento al que debió ser sometida por el estado de salud en el que ingresó al servicio.

3.3 Alegatos de conclusión

3.3.1 Parte demandante

La apoderada de los demandantes sostiene²⁶ que en este caso la responsabilidad del Instituto de Seguros Sociales se deduce porque i) intervino quirúrgicamente a la señora Georgina Ocampo Ocampo, sin obtener previamente su consentimiento informado, con lo cual asumió los riesgos del procedimiento y comprometió su responsabilidad; ii) el aborto fue espontáneo y no provocado; iii) la conducta médica fue temeraria al realizar el legrado a la paciente causándole perforación uterina y 8 lesiones en otras vísceras, que hubieran podido evitarse con el cumplimiento de la diligencia y cuidado exigible; iv) el personal médico no aplicó las técnicas médicas ni siguió los procedimientos que permitían confirmar o descartar oportunamente las sospechas de perforación y porque abandonó a la paciente al curso natural de las lesiones; v) la historia clínica no documenta la observación médica posterior al legrado, tampoco registra información sobre presión arterial, temperatura y pulso, datos importantes para confirmar la sospecha advertida de perforación uterina; vi) el suministro de antibióticos no era procedente, según el criterio médico probado en el expediente, dado que enmascara el cuadro clínico; vii) las razones argüidas por la demandada sobre la no aplicación de métodos científicos o técnicos para confirmar la perforación uterina, no se avienen con los criterios médicos probados en el expediente y viii) la paciente no puede asumir los riesgos de la sobrecarga de trabajo del personal médico.

²⁶ Folios 215 a 234, cuaderno principal.

3.3.2 Parte demandada

Concluye el apoderado del Instituto de los Seguros Sociales²⁷ que, conforme a los testimonios de los galenos Fernando García Alzate y Jorge Iván Figueroa Jaramillo, cirujano y ginecobstetra respectivamente, que trataron a la paciente Ocampo, ésta no presenta las secuelas aducidas en la demanda como causa de la reclamación y, por tanto, no existe daño que deba reparar la entidad demandada.

3.3.3 Concepto del Ministerio Público

El Procurador Judicial conceptúa que los medios probatorios arrojados al proceso demuestran que el Instituto de Seguros Sociales cumplió cuidadosa y permanentemente las obligaciones a su cargo, como lo exige la jurisprudencia de esta Corporación sobre el régimen de falla médica presunta, razón por la cual se debe absolver a la entidad demandada.

3.4 Fundamentos del Tribunal

La Sala de Decisión del Tribunal Administrativo de Caldas negó las pretensiones. Consideró el *a quo* que, si bien, conforme a la jurisprudencia de esta Corporación el régimen de responsabilidad médico obstetra es el de la falla presunta, en este caso i) no está acreditado que las intervenciones quirúrgicas requeridas para mejorar la salud de la paciente se hayan originado en la falta de diligencia o idoneidad en el servicio prestado; ii) la prueba testimonial de los médicos tratantes demuestra que la atención fue oportuna y adecuada, que las complicaciones presentadas son propias de los males que aquejaban a la paciente y que no existen las secuelas alegadas por la demandante; iii) el concepto del Comité del Instituto de Seguros Sociales concluye fundadamente que no se presentaron fallas en el servicio prestado; iv) el dictamen legista demuestra que no fue necesario practicar ecografía u otro tipo de exámenes porque la evolución después del legrado fue normal y v) no se acreditó la relación de causalidad entre el daño y la conducta de la entidad demandada.

4. Trámite de segunda instancia

²⁷ Folios 209 a 214, cuaderno principal.

La parte demandante impugna la sentencia a través del recurso de apelación²⁸ para que se revoque y en su lugar se despachen favorablemente las pretensiones.

El apoderado de la parte actora fundamenta su inconformidad en que el Tribunal *a quo* i) no analizó integralmente el alcance de las obligaciones del médico, desconociendo que nacen desde el momento en que éste entra en contacto con el paciente y que su incumplimiento prueba la relación de causalidad entre el daño y la actividad médica; ii) ignoró que la no obtención del consentimiento informado, la perforación del útero y la lesión de otras vísceras por falta de diligencia y cuidado, las complicaciones posteriores por diagnóstico y atención tardíos y la omisión del deber de elaborar adecuadamente la historia clínica, demuestran el incumplimiento de las obligaciones del médico y, por tanto, el nexo causal; iii) dio por desvirtuada la presunción de la falla médica con pruebas que demuestran que los médicos no aplicaron las conductas debidas sino unas distintas, parcializadas y no íntegras, tardías y no oportunas, lo cual es contrario a los principios de identidad, integridad y puntualidad exigidos por las Leyes 14 de 1962 y 23 de 1981 y a los Decretos 605 de 1963 y 3380 de 1981 y que son esenciales para demostrar el cumplimiento de las obligaciones por parte del médico; iv) no tuvo en cuenta el dictamen pericial rendido por los médicos ginecobstetras del Hospital de Caldas, que señala cuáles son las conductas y procedimientos que se deben seguir al sospechar la perforación uterina y que los galenos tratantes no siguieron y v) desconoció la jurisprudencia de esta Corporación sobre los indicios que deben deducirse a partir de la omisión en las anotaciones de la historia clínica.

II. CONSIDERACIONES

1. Competencia

Esta Sala es competente para conocer del recurso de apelación interpuesto por la parte demandante, en contra de la sentencia proferida por la Sala de Decisión del Tribunal Administrativo de Caldas el 8 de febrero de 2001, pues el monto de la pretensión mayor, para la época en que fue presentada la demanda, supera el exigido para que el proceso tenga vocación de doble instancia.

2. El problema jurídico

²⁸ Folios 266 a 279, cuaderno principal.

Corresponde a la Sala decidir la responsabilidad del Instituto de Seguros Sociales por el servicio médico prestado a la señora Georgina Ocampo Ocampo, a partir del día 13 de mayo de 1999, cuando en una de sus clínicas se le diagnosticó amenaza de aborto y se le realizó un procedimiento quirúrgico de legrado, con perforación del útero y lesión del intestino y del apéndice, anomalías que comprometieron gravemente la salud de la paciente y le dejaron secuelas permanentes.

2.1. Análisis del caso

Para decidir este caso se valorará integralmente el material probatorio que obra en el expediente, conformado por la historia clínica de la señora Ocampo, los dictámenes periciales, los conceptos médicos y los testimonios.

2.1.1. El daño

La historia clínica da cuenta de que personal médico del Instituto de los Seguros Sociales atendió a la señora Georgina Ocampo, quien encontrándose en embarazo, el 13 de mayo de 1999 acudió al servicio aquejada por una hemorragia vaginal. Para tratar la amenaza de aborto y aborto diferido que diagnosticaron los médicos, se le practicó un legrado uterino.

Durante este procedimiento quirúrgico se perforó el útero de la paciente y se lesionó sus intestinos y apéndice, alterando física y funcionalmente estas vísceras, con grave perjuicio para su salud, situación que condujo a la resección de parte de su íleon terminal y colon derecho, a la extirpación del apéndice y a la práctica de fístula e ileostomía.

Según el dictamen de medicina legal, las intervenciones quirúrgicas a que fue sometida la señora Ocampo Ocampo dejaron secuelas permanentes de carácter físico y funcional, consistentes en deformidad física por cicatriz abdominal y perturbación del órgano de la digestión por resección intestinal.

Igualmente, la historia clínica da cuenta i) de la omisión en el suministro de la información sobre los procedimientos quirúrgicos que la paciente tenía derecho a conocer; ii) de los recurrentes dolores abdominales, leves y agudos, sufridos por la paciente después de la perforación de su útero y de las lesiones en su intestino y

apéndice; iii) de la hospitalización por cerca de dos meses, expuesta a situaciones angustiantes y estresantes que pusieron a la paciente al borde de la muerte; iv) del sometimiento a dos intervenciones quirúrgicas bajo anestesia general y v) del padecimiento, por cerca de cinco meses, de las molestias de una ileostomía.

Las anomalías descritas constituyen menoscabo de los derechos de la dignidad humana, del libre desarrollo de la personalidad, de la salud y de la integridad física y moral de la señora Ocampo Ocampo, así como afección moral de su cónyuge e hijas. Daños que, de ser imputables a la entidad demandada, deben ser indemnizados.

2.1.2. La falla en el servicio médico prestado a la señora Ocampo

Ha sostenido reiteradamente esta Corporación que la falla médica es un título que permite imputar a la entidad pública de salud, el daño que ocasiona con el acto médico, para imponerle la obligación de repararlo.

Si bien, en épocas pasadas la jurisprudencia prohijó la doctrina de la falla médica presunta, que pone en cabeza de la parte demandada la carga probatoria del debido cumplimiento de las obligaciones del médico, desde comienzos de la década anterior se inició una consolidación jurisprudencial en torno a la naturaleza subjetiva de este tipo de responsabilidad, que exige la prueba de la falla, abandonando, a partir del fallo del 31 de agosto de 2006, el régimen de la presunción²⁹. Sin perjuicio de que el nexo causal pueda ser demostrado a partir de prueba indirecta o indiciaria.

En el caso que ocupa la atención de la Sala en esta oportunidad, el material probatorio da cuenta de protuberantes irregularidades en que incurrió la entidad demandada al atender a la señora Georgina Ocampo, constitutivas de falla del servicio.

a) Se omitió el deber médico de obtener el consentimiento informado, previamente a los procedimientos médicos y quirúrgicos

²⁹ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Sentencia de agosto 31 de 2006, expediente 15772, M.P. Ruth Stella Correa. Sentencia de octubre 3 de 2007, expediente 16.402, M.P. Mauricio Fajardo Gómez. Sentencia del 23 de abril de 2008, expediente 15.750; del 1 de octubre de 2008, expedientes 16843 y 16933. Sentencia del 15 de octubre de 2008, expediente 16270. M.P. Myriam Guerrero de Escobar. Sentencia del 28 de enero de 2009, expediente 16700. M.P. Mauricio Fajardo Gómez. Sentencia del 19 de febrero de 2009, expediente 16080, M.P. Mauricio Fajardo Gómez. Sentencia del 18 de febrero de 2010, expediente 20536, M.P. Mauricio Fajardo Gómez. Sentencia del 9 de junio de 2010, expediente 18.683, M.P. Mauricio Fajardo Gómez.

El consentimiento informado es una exigencia constitucional³⁰ derivada de la protección suprema de la dignidad humana sobre la que se funda el reconocimiento del hombre como persona y del derecho fundamental del libre desarrollo de la personalidad. También, es un deber que la Ley 23 de 1981 y la *lex artis médica* le imponen al galeno³¹.

Las normas de la citada Ley 23 de 1981 estructuran el consentimiento informado así: i) lo debe obtener el médico tratante –art. 15-, ii) lo debe expresar libremente el paciente, su representante legal, siendo menor, o su allegados, si éste se encontrara en estado de inconsciencia o incapacidad mental –arts. 8 y 14-, iii) procede antes de aplicar cualquier tratamiento médico o quirúrgico, que el médico considere necesario y que pueda afectarlo física o síquicamente –art.15-, iv) corresponde al médico explicar las afectaciones, consecuencias y riesgos previsibles que el paciente debe asumir –arts. 15 y 16- y v) se exceptúa en los casos en que la urgencia del caso exige una intervención inmediata –art.14-.

Señalan las disposiciones –se destaca-:

ARTÍCULO 8°. El médico respetará la libertad del enfermo para prescindir de su servicio.

ARTÍCULO 14. El médico no intervendrá quirúrgicamente a menores de edad, a personas en estado de inconsciencia o mentalmente incapaces, sin la previa autorización de sus padres, tutores o allegados, a menos que la urgencia del caso exija una intervención inmediata.

ARTÍCULO 15. El médico no expondrá a su paciente a riesgos injustificados. Pedirá su consentimiento para aplicar los tratamientos médicos, y quirúrgicos que considere indispensables y que puedan afectarlo física o síquicamente, salvo en los casos en que ello no fuere posible, y le explicará al paciente o a sus responsables de tales consecuencias anticipadamente.

³⁰ Corte Constitucional, entre otras sentencias: T-591 de 2001 y T-850 de 2002, Magistrado Ponente Rodrigo Gil Escobar; T-510 de 2003, Magistrado Ponente Manuel José Cepeda Espinosa y T-866 de 2006, Magistrado ponente Jaime Araújo Rentería.

³¹ Vásquez Ferreyra, Roberto; “Daños y perjuicios en el ejercicio de la medicina”, Editorial Hammurabi; Buenos Aires; 2002; página 36.

ARTÍCULO 16. La responsabilidad del médico por reacciones adversas, inmediatas o tardías, producidas por efecto del tratamiento, no irá más allá del riesgo previsto.

El médico advertirá de él al paciente o a sus familiares o allegados.

De acuerdo con los imperativos normativos citados, anticipadamente a la realización de cualquier tratamiento que considere indispensable y que pueda afectar física o síquicamente al paciente, salvo las excepciones legales, el médico debe explicarle la conducta o procedimiento a realizar, sus riesgos y consecuencias y permitir que exprese libremente si acepta o no su realización. Se trata de un consentimiento calificado, porque su eficacia jurídica depende de que esté precedido de la información suficiente y continua, suministrada por el médico, que permita concluir que el otorgante conoció previamente los tratamientos, sus riesgos y consecuencias y, a sabiendas, los consintió.

Conforme a la jurisprudencia reciente de esta Sección³², la omisión del deber jurídico que tiene el médico de obtener previamente el consentimiento informado, constituye, por sí misma, falla del servicio, porque afecta directamente el derecho fundamental al libre desarrollo de la personalidad, en su expresión de la autonomía de la voluntad privada.

La garantía del derecho a la defensa exige que esta falla sea invocada en la demanda y corresponde al demandado probar que obtuvo el consentimiento informado.

Pero, además, la omisión de este consentimiento también puede afectar jurídica e indirectamente los derechos a la salud y a la integridad física y moral³³, por cuanto priva al paciente de la oportunidad de explorar alternativas médicas, con posibilidades y resultados más satisfactorios, frente a su condición clínica. Por esta razón, cuando el médico decide unilateralmente aplicar un tratamiento no consentido por el paciente, en la forma prevista por la ley, asume unilateralmente los riesgos del tratamiento y compromete su responsabilidad, así como la de la entidad prestadora del servicio.

³² Consejo de Estado Sala de lo Contencioso Administrativo, sentencias del 3 de mayo de 2007, expediente 16098, magistrado ponente Enrique Gil Botero, del 15 de octubre de 2008, expediente 16350, magistrado ponente Ramiro Saavedra Becerra y del 11 de febrero de 2009, expediente 14726, magistrada ponente Myriam Guerrero de Escobar.

³³ Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia del 26 de enero del 2002, expediente: 12.706.

Esto último implica que los riesgos propios o inherentes al tratamiento, que comúnmente asume el paciente por el otorgamiento del consentimiento informado, dejan de ser suyos y los asume el médico desde el momento en que procede sin tal requisito. Probado que se materializaron los riesgos, causando daño, se debe indemnizar al paciente.

En el expediente obra copia de cuatro escritos en formato del Instituto de Seguro Sociales denominados “*Autorización de intervención o procedimiento quirúrgico*”, suscritos por la señora Georgina Ocampo Ocampo³⁴, que informan i) del número de afiliación y cédula de ciudadanía, ii) denominación del procedimiento prescrito, iii) aceptación de “*los riesgos de dicha intervención o procedimiento*” y iv) de la exoneración de responsabilidad al personal médico y paramédico y la firma.

En el primero de estos formatos el procedimiento autorizado se denomina “*Legrado BAG*”; en el segundo una “*laparatomía exploradora*” y en el tercero “*laparatomía bajo anestesia general*”. En el cuarto solo se lee la firma de la paciente.

Es de advertir que sólo el formato elaborado para autorizar el procedimiento “*laparatomía exploradora*” figura suscrito con fecha, el 21 de mayo de 2009, a las 21:30.

Estas autorizaciones no pueden producir los efectos del consentimiento informado a la luz de las previsiones de la Ley 23 de 1981, ya referidas, porque i) nada indica que se obtuvieron por el médico tratante; ii) no hay evidencia de que fueron otorgados previamente a las intervenciones quirúrgicas; iii) carecen de información sobre la explicación de los tratamientos, sus riesgos y consecuencias y iv) adolecen de falta de elementos que permitan determinar que fueron otorgados con conocimiento y suficiente ilustración sobre los procedimientos.

Siendo así, está demostrado que la entidad demandada incurrió en falla del servicio, por omisión del deber jurídico de obtener el consentimiento informado de la paciente con antelación a los tratamientos médicos y quirúrgicos a los que la señora Ocampo Ocampo fue sometida.

b) Se omitió el cuidado que exigía el procedimiento médico

³⁴ Folios 141 y 181, cuaderno principal.

La historia clínica demuestra, con certeza, que cuando la señora Georgina Ocampo Ocampo ingresó al servicio médico de la entidad demandada presentaba hemorragia vaginal, que amenazaba aborto, sin síntoma alguno sobre afectaciones del intestino y del apéndice, las que según el dictamen de los médicos ginecobstetras se produjeron durante el legrado uterino y no constituían riesgo propio del procedimiento realizado.

Efectivamente, los distintos médicos que emitieron su dictamen, opinión y testimonio en este proceso, coinciden al señalar que la perforación uterina es un riesgo inherente al legrado, pero no afirman lo mismo de las lesiones intestinales. Echan de menos, además, que dichas lesiones no fueron advertidas durante el procedimiento del legrado y solamente fueron halladas al efectuar la laparotomía exploratoria, como pasa a explicarse.

c) Se omitió el diagnóstico y tratamiento oportunos de la perforación uterina y de las demás lesiones ocasionadas a la paciente

En este proceso las partes debaten jurídicamente la atención médica prodigada a la señora Ocampo durante las horas posteriores al legrado. La demandante señala que se presentó omisión en la aplicación de ayudas médicas de laboratorio, para confirmar o descartar la sospecha de perforación uterina y la parte demandada sostiene que la situación postquirúrgica de la paciente ameritaba seguimiento del cuadro clínico con observación médica, únicamente, como ocurrió.

El abundante criterio médico aportado al expediente con distintos medios probatorios, permite tener por establecido que hubo graves fallas en las conductas de los médicos en orden i) al seguimiento del cuadro clínico que presentaba la paciente, ii) a la valoración de los síntomas y ii) al tratamiento de la perforación uterina.

En efecto, la historia clínica demuestra, sin hesitación, que durante el procedimiento quirúrgico de legrado realizado a la señora Ocampo se sospechó fundadamente que se estaba ante una perforación uterina, a través de una de las pruebas admitidas científicamente como idónea para ese fin, como lo es el paso de la cureta, según dictaminaron los peritos ginecobstetras.

El dictamen pericial rendido por estos últimos médicos también es claro al señalar el protocolo que se debe seguir ante esta sospecha: hospitalización para observación, toma de ayudas de laboratorio y ecografía pélvica para observar las condiciones intrauterinas; vigilancia hemodinámica, pulso y tensión y observación del estado abdominal buscando signos de irritación peritoneal, entre 24 a 72 horas, según evolución; Rx de Tórax para buscar neumoperitoneo; laparoscopia diagnóstica; suspensión de vía oral por si se requiere laparotomía de urgencia; no medicación con analgésicos y antibióticos que puedan enmascarar el cuadro abdominal; utilización de oxitócicos que ayuden a mejorar el tono uterino y eviten hemorragias por el sitio o sitios de perforación.

Y más específico aún es el testimonio rendido por el médico ginecobstetra que corrigió la perforación uterina a la señora Ocampo, quien coincide en que ante la sospecha de esta lesión no es recomendable el suministro de antibióticos y precisa que debe haber observación médica mínima de 24 horas, al cabo de las cuales sólo si no hay signos de irritación peritoneal se puede dar de alta y, en caso contrario, se puede optar por laparotomía inmediata para determinar qué tipo de lesión hay en la cavidad abdominal o hidratación y manejo con antibióticos. La que en caso de que no haya mejoría, en las 12 horas siguientes, se torna en indispensable.

Según da cuenta la historia clínica, una vez sospechada la perforación uterina, el médico prescribió hospitalización para observación médica, suspensión de la vía oral, medicación con antibióticos, reposo en cama y no dar salida antes de 48 horas.

Sobre estos aspectos, los peritos ginecobstetras dictaminaron que el uso de analgésicos y antibióticos cuando se sospechó la perforación uterina, pudo enmascarar la lesión intestinal que la paciente sufría, detectada posteriormente.

La valoración integral de estos criterios médicos, en conjunto con las anotaciones de la historia clínica, arroja certeza de que, efectivamente, en el caso de la paciente Ocampo la medicación con antibióticos y analgésicos, no recomendable antes de las 24 horas siguientes a la práctica de un legrado uterino con sospecha fundada de perforación, enmascaró los síntomas de las lesiones del intestino y el apéndice. Situación ésta que aunada a la falta de diligencia y cuidado en la valoración de la paciente durante las horas siguientes condujo a i) el diagnóstico infundado de una evolución satisfactoria, ii) la consecuente dada de alta y iii) la demora para realizar la laparotomía, comprometiendo gravemente la salud y la integridad física y moral de la paciente.

En la historia clínica aparece una sola anotación médica, correspondiente al día posterior al legrado, que indica un estado clínico satisfactorio de la paciente. Nota que no registra datos sobre vigilancia hemodinámica, pulso, tensión y estado abdominal y, sobre todo, información que confirme o descarte la presencia de irritación peritoneal. Valoración indispensable frente a la sospecha de perforación uterina, conforme al protocolo médico, según lo dictaminado por los peritos ginecobstetras.

Mientras tanto, los registros de enfermería correspondientes a la evolución durante el mismo periodo, contienen cinco anotaciones que dan cuenta de que, desde las cuatro horas siguientes al legrado, la paciente refirió dolor abdominal permanentemente, el cual, a pesar del suministro de analgésicos, continuaba a las seis de la mañana del 16 de mayo de 1999, día en que fue dada de alta.

Estas observaciones de las anotaciones de enfermería indican que el médico que evaluó como satisfactorio el estado clínico de la paciente, no prestó la debida atención a los síntomas persistentes, compatibles con posibles lesiones, siendo que ya pesaba la sospecha de perforación uterina.

La historia clínica tampoco da cuenta razonada del criterio médico que se impuso para disponer la salida de la paciente antes del término de hospitalización de cuarenta y ocho horas inicialmente prescrito, como tampoco del seguido para reiniciar la vía oral inicialmente suspendida, antes de las veinticuatro horas siguientes al legrado.

Consta en las anotaciones de enfermería que la paciente salió de la clínica en aparentes buenas condiciones y sin fórmula, lo que indica la suspensión de antibióticos y analgésicos. Lo cierto es que el dolor abdominal persistió, volviéndose cada vez más agudo, esta vez acompañado de sensación de inflado, tanto que la paciente ingresó a la clínica trece horas después de haber sido dada de alta, en condiciones agudas de hipotensión, taquicardia, dolor intolerable y seis horas más tarde registró abdomen agudo. Situación que permite a la Sala concluir que, al suspender los antibióticos y los analgésicos, se desenmascararon los síntomas de las lesiones ocasionadas.

Sin embargo, para entonces había transcurrido un periodo de sesenta y seis horas desde la intervención, perdiéndose la oportunidad de practicar la necesaria laparotomía exploratoria de abdomen, dentro de las 36 horas siguientes en caso de perforación uterina, según el criterio expuesto por el ginecobstetra Figueroa.

Así las cosas, cuando se practicó la laparotomía, setenta horas después, se detectó acumulación de 500 cm de sangre en el peritoneo, necrosis de un segmento del íleon terminal, defecto del mesenterio correspondiente con trombosis de los vasos adyacentes y edemas y congestión en el apéndice. Además, en su testimonio, el médico García Alzate expuso haber encontrado “(...) *signos incipientes de peritonitis secundaria*”³⁵.

Finalmente, cuatro días más tarde, propiciada por la dehiscencia de la anastomosis t-t que se llevó a cabo en la primera laparotomía, la paciente padeció peritonitis que la tuvo al borde de la muerte.

A partir de lo expuesto, la Sala se apartará del dictamen de medicina legal que señala que la paciente fue observada clínicamente y que la evolución del legrado practicado fue normal, comoquiera que la demostrada sucesión de eventos médicos negligentes y errados, ocurrida desde las falencias en el consentimiento informado, permite concluir, sin hesitación, que hubo falla médica del instituto demandado en la atención de la señora Georgina Ocampo Ocampo.

d) Conclusión

Establecido, como está en este proceso, que la señora Georgina Ocampo Ocampo fue atendida por personal médico de Instituto de Seguros Social con omisión i) del deber médico de obtener el consentimiento informado, previamente a los procedimientos médicos y quirúrgicos; ii) del cuidado que exigía la práctica del legrado y iii) en el diagnóstico y tratamiento oportunos de la perforación uterina y de las demás lesiones ocasionadas a la paciente, se concluye la falla del servicio imputable a la entidad demandada.

2.1.3. El nexa causal

Los peritos ginecobstetras dictaminaron que el cuadro clínico de perforación uterina diagnosticado a la señora Ocampo evolucionó tórpidamente porque i) en el legrado se produjo una lesión intestinal que no se detectó, causando un estado de sepsis y peritonitis pélvica; ii) la paciente no fue vigilada durante el tiempo suficiente para identificar dicho estado y iii) el uso de analgésicos y antibióticos pudo enmascarar la lesión intestinal detectada tardíamente.

³⁵ Folio 3, cuaderno 2.

Dado que, a juicio de la Sala, la evolución tórpida a que se refiere el dictamen incluye las consecuencias de la perforación del útero y de las lesiones del intestino y del apéndice, se concluye la relación de causalidad entre las fallas médicas observadas y el daño ocasionado a la señora Ocampo Ocampo.

2.1.4. La exoneración de responsabilidad invocada

Fundado en la anotación en la Historia Clínica, el apoderado de la entidad demandada sostuvo que el daño fue ocasionado a causa de maniobras abortivas practicadas por la señora Georgina Ocampo Ocampo.

Este argumento de defensa no puede prosperar, porque i) sin explicación que lo justifique, la anotación de que trata el punto no aparece en la copia de la historia clínica entregada por el Instituto de Seguros Sociales a la demandante y que ésta aportó con la demanda, documento no tachado de falso; ii) el testimonio rendido por Sandra Caicedo, enfermera autora de la nota que atribuye a la señora Ocampo haber informado al personal de enfermería sobre la práctica de maniobras abortivas, además de que no responde a la ciencia de su dicho como lo exigen las reglas de la sana crítica, es contradictorio, porque según la nota la manifestación la hizo la paciente a las auxiliares de enfermería y la testigo afirmó haber sido su receptora; iii) el registro clínico de la valoración inicial en la consulta del día 13 de mayo de 1999 y de las valoraciones médicas posteriores no dan cuenta de síntomas que sospechen o confirmen la presencia de las referidas maniobras; iv) el cuadro clínico de amenaza y aborto diferido que se diagnosticó a la paciente es distinto del que suele presentarse por el aborto provocado, como lo señaló el ginecobstetra Figueroa, en su testimonio y v) porque, conforme al concepto de este galeno que trató directamente a la paciente, “[c]on base en la historia clínica y analizando los hallazgos de los médicos que la examinaron inicialmente, no hay evidencia por los hallazgos clínicos en la paciente que se haya practicado maniobras abortivas”.

Demostrados, como están, el daño, la falla del servicio y el nexo causal, en el caso de la atención prestada por la entidad demandada a la señora Georgina Ocampo Ocampo, se impone infirmar la sentencia apelada y despachar favorablemente las pretensiones.

2.2. El reconocimiento de perjuicios

2.2.1. Perjuicios morales

Solicitan los demandantes que por este concepto se reconozca el equivalente a dos mil gramos oro para la señora Georgina Ocampo Ocampo y el correspondiente a un mil gramos del mismo metal para cada una de sus hijas y para su cónyuge.

Demostrado como está i) el dolor físico; ii) la angustia, el estrés y los sufrimientos ocasionados por una de las situaciones más extremas a la que una persona puede someter injustificadamente a otra, como la amenaza real de muerte; iii) el perjuicio estético y iv) el perjuicio funcional, que afectaron moralmente a la paciente Georgina Ocampo Ocampo, procede la indemnización.

Para el efecto, tendrá en cuenta la Sala que según la jurisprudencia sentada y reiterada por la Sección, a partir de la sentencia proferida dentro del proceso No. 13.232–15646 de 6 de septiembre del 2001, los perjuicios morales se tasan en salarios mínimos legales y no en gramos oro.

En este caso se determina el valor en pesos, de las cantidades de gramos de oro pedidas en la demanda, para efectos de establecer el límite de las pretensiones y la congruencia del fallo. Según el valor de \$68,990.62 por gramo oro, publicado por el Banco de la República para el mes de abril de 2011³⁶, la pretensión de 2000 gramos oro equivale a \$137.981.240,00. Por tanto, se reconocerá:

Para Georgina Ocampo Ocampo, el valor equivalente a setenta salarios mínimos legales mensuales vigentes a la ejecutoria de esta sentencia.

Para Jaime Sánchez (cónyuge), el valor equivalente a cincuenta salarios mínimos legales mensuales vigentes a la ejecutoria de esta sentencia.

Para Blanca Lucía Sánchez Ocampo (hija), el valor equivalente a treinta salarios mínimos legales mensuales vigentes a la ejecutoria de esta sentencia.

³⁶ Boletín No. 013, del 5 de abril de 2011.

Para Mariluz Sánchez Ocampo (hija) el valor equivalente a treinta salarios mínimos legales mensuales vigentes a la ejecutoria de esta sentencia.

2.2.2. Perjuicios materiales

Solicita el apoderado de la parte demandante que se reconozca a los cónyuges Ocampo-Sánchez, la suma de \$10.000.000.00, por concepto de perjuicios materiales relacionados con gastos de transporte, alimentación, manutención, cuidado de las hijas y hospedaje; sin embargo, el material probatorio no demuestra que la paciente efectivamente haya incurrido en tales erogaciones.

Igualmente, pide el apoderado que se reconozca a la señora Ocampo Ocampo, la suma de \$60.000.000.00 por concepto de lucro cesante. La Historia Clínica da cuenta de que la paciente estuvo hospitalizada, inicialmente desde el 14 de mayo hasta el 11 de junio de 1999, cuando fue dada de alta con una ileostomía que requería cuidados permanentes y posteriormente, desde el 4 hasta el 21 de octubre de 1999, fecha en que egresó del servicio, después del cierre de la ostomía.

Igualmente, en el expediente obran testimonios que dan cuenta de que al 13 de mayo de 1999, la señora Giraldo López cocinaba para alimentar a los trabajadores de una finca cafetera y también trabajaba como recolectora. Por tanto, se le reconocerán los ingresos que dejó de percibir desde el 14 de mayo hasta el 21 de octubre de 1999, liquidados con el salario mínimo legal mensual vigente en ese lapso, debidamente actualizado con el Índice de Precios al Consumidor.

Cálculo de la indemnización debida

$$\text{Valor Presente (VP)} = \text{Salario Mínimo Legal} \times \frac{\text{Índice Final}}{\text{Índice Inicial}}$$

$$\text{VP} = \$236.438.00 \times \frac{107.12 \text{ (Marzo/2011)}}{55.45 \text{ (Mayo/1999)}}$$

$$VP = \$ 456.758,13$$

Se liquidará en meses desde la fecha de los hechos hasta la sentencia, con esta ecuación:

$$S = Ra \times \frac{((1,004867)^n - 1)}{0,004867}$$

Donde:

S : la suma que se busca al momento de la condena

Ra : constituye la renta actualizada (mensual)

n : número de meses a indemnizar (desde el 14 de mayo hasta el 21 de octubre de 1999)

i : interés técnico legal mensual (0.004867)

$$S = 456.758,13 \times \frac{((1,004867)^{5,23} - 1)}{0,004867}$$

$$S = 2.413.564,32$$

Total Indemnización Debida: \$2.413.564,32

En cuanto al reconocimiento del lucro cesante a partir del 21 de octubre de 1999, no se demostró incapacidad laboral permanente. El testimonio del médico Fernando García Alzate señala que en los controles que efectuó a la paciente Ocampo, después de cerrada la ileostomía, evidenció que ésta recuperó completamente su salud, sin que le hayan quedado secuelas que limiten su capacidad laboral. Por tal razón no se reconocerán sumas adicionales por concepto de lucro cesante.

2.2.3. Alteración de las condiciones de existencia

Bajo el rubro de “*perjuicios fisiológicos*” el apoderado de la lesionada pide el pago de 5000 gramos oro, por considerar que la perforación uterina que sufrió la señora Ocampo, a los 33 años de edad, la puso en riesgo de no poder concebir un nuevo hijo y que las lesiones intestinales le dejaron secuelas que afectaron sus hábitos alimenticios. Al respecto, observa la Sala que la afección moral por los padecimientos de la señora Ocampo se indemnizará a través del reconocimiento del perjuicio moral.

Por otro lado, el testimonio del ginecobstetra Figueroa, quien realizó el cierre de la perforación uterina, conceptúa que dada la dimensión de la perforación (2 cm), inferior a la de una cesárea y teniendo en cuenta que el útero no sufrió otros traumas, no existe el riesgo alguno para la concepción de un nuevo hijo por parte de la demandante. Asimismo, los testimonios allegados al proceso sobre las condiciones personales de la señora Ocampo, si bien dan cuenta de la afección moral, no refieren alteración de las condiciones de existencia a consecuencia de las secuelas permanentes.

Siendo así, no procede el reconocimiento de perjuicios por alteración de las condiciones de existencia.

2.3. Remisión al Tribunal de Ética Médica

Observa la Sala que en este proceso el señor Fernando García Alzate, en su condición de médico tratante, se refirió a las secuelas definitivas que dejaron las cirugías practicadas a la señora Ocampo Ocampo, señalando que éstas le mejoraron su silueta porque la forzaron a moderar su ingesta y le prodigaron el

recuerdo imborrable del cirujano, compaginando las cicatrices de su intervención con las estrías que la paciente sufre en su vientre.

Para la Sala estas opiniones del médico García Alzate desdicen del respeto debido por el médico a la dignidad y fueros humanos de su paciente, la señora Ocampo Ocampo, razón por la que se dispondrá dar traslado de las mismas, junto con la copia de la historia clínica, al Tribunal de Ética Médica, para lo de su competencia.

En mérito de lo expuesto, el Consejo de Estado, en Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Subsección B, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la ley,

FALLA:

MODIFICAR la sentencia proferida por la Sala de Decisión del Tribunal Administrativo de Caldas el 8 de febrero de 2001, así:

PRIMERO: DECLARAR al Instituto de Seguros Sociales administrativamente responsable de los daños y perjuicios ocasionados a los demandantes Georgina Ocampo Ocampo (lesionada), Jaime Sánchez (cónyuge) y Blanca Lucía y Mariluz Sánchez Ocampo (hijas), ocasionados por la falla en el servicio médico prestado a la señora Ocampo.

SEGUNDO: Como consecuencia de la declaración anterior **CONDENAR** al Instituto de Seguros Sociales, a pagar por concepto de indemnización por los perjuicios morales lo siguiente: a favor de Georgina Ocampo Ocampo el monto equivalente a setenta (70) salarios mínimos legales mensuales vigentes a la fecha de ejecutoria de esta sentencia; a favor de Jaime Sánchez el equivalente a cincuenta (50) salarios mínimos legales mensuales vigentes a la fecha de esta sentencia y a favor de Blanca Lucía y Mariluz Sánchez Ocampo treinta (30) salarios mínimos legales mensuales vigentes a la misma fecha, para cada una de ellas.

TERCERO: CONDENAR al Instituto de Seguros Sociales, a pagar por concepto de perjuicios materiales, a favor de la señora Georgina Ocampo Ocampo, la suma de dos millones cuatrocientos trece mil quinientos sesenta y cuatro pesos con treinta y dos centavos (\$2.413.564,32).

CUARTO: CONFIRMAR las demás decisiones de la sentencia apelada, por las razones expuestas en la parte motiva.

QUINTO: Para el cumplimiento de esta sentencia expídanse copias con destino a partes, con las precisiones del artículo 115 del Código de Procedimiento Civil y con observancia de lo preceptuado en el artículo 37 del Decreto 359 de 22 de febrero de 1995. Las copias destinadas al a parte actora serán entregadas al apoderado judicial que ha venido actuando.

SEXTO: COMPULSAR copia i) del testimonio rendido en este proceso por el médico Fernando García Alzate, ii) de la historia clínica de la señora Georgina Ocampo Ocampo y iii) de esta providencia al Tribunal Seccional de Ética Médica del departamento de Caldas, para que conforme a su competencia investigue la conducta del médico García Alzate, por las razones expuestas en la parte motiva de esta providencia. Esta orden será cumplida por la Secretaría del Tribunal Contencioso Administrativo de Caldas.

En firme esta providencia, **DEVUÉLVASE** el expediente al Tribunal de origen.

CÓPIESE, COMUNÍQUESE, NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE.

**STELLA CONTO DIAZ DEL CASTILLO
PALACIO**

Presidente de la Subsección

RUTH

Magistrada

STELLA

CORREA

DANILO ROJAS BETANCOURTH

Magistrado