

JUZGADO PRIMERO CIVIL DEL CIRCUITO DE CALI



REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO

PROCESO : VERBAL DE RESPONSABILIDAD MÉDICA
DEMANDANTE: NUBIA OBANDO ORDOÑEZ.
RICARDO ERNESTO OBANDO ORDOÑEZ.
CARLOS ALBERTO MARTINEZ MARIÑO.

DEMANDADOS: CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL VALLE
DEL CAUCA - COMFENALCO VALLE DE LA GENTE,
SOCIEDAD N.S.D.R S.A - CLINICA NUESTRA SEÑORA DEL
ROSARIO y JORGE PRIETO PEÑUELA.
LLAMADO. EN GRTIA: AXA COLPATRIA SEGUROS S.A.

RADICADO: 76001-31-03-001-2017-00227-00

SENTENCIA ESCRITA N° 012

Santiago de Cali, nueve (09) de Septiembre de dos mil veintiuno (2021).

Procede el Despacho a proferir sentencia escrita de primera instancia dentro del proceso de la referencia, una vez anunciado el sentido del fallo en audiencia oral, y con fundamento en lo dispuesto en el numeral 5º del artículo 373 del Código General del Proceso.

I.- ANTECEDENTES.

1.1. La señora NUBIA OBANDO ORDOÑEZ, el señor RICARDO ERNESTO OBANDO ORDOÑEZ y el señor CARLOS ALBERTO MARTÍNEZ MARIÑO quien actuó en nombre propio y en representación de su hijo menor de edad SIMON DAVID MARTÍNEZ OBANDO (hoy mayor de edad), a través de apoderado judicial, demandan para que previo el trámite de un proceso Verbal de Mayor Cuantía-Responsabilidad Civil Médica, en sentencia definitiva se hagan las siguientes o semejantes declaraciones:

- DECLARAR que la CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR, denominada COMFENALCO VALLE; la sociedad N.S.D.R S.A, propietaria del establecimiento de comercio SOCIEDAD CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO y el doctor JORGE PRIETO PEÑUELA, son civilmente

responsables de las acciones y omisiones en la prestación de servicios médicos asistenciales.

- CONDENAR a la CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR, denominada COMFENALCO VALLE; la sociedad N.S.D.R S.A, propietaria del establecimiento de comercio SOCIEDAD CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO y el doctor JORGE PRIETO PEÑUELA, al pago de TRES MILLONES DOSCIENTOS VEINTIÚN MIL SETECIENTOS CINCUENTA PESOS MCTE (\$3.221.750) correspondiente al lucro cesante causado a la señora NUBIA OBANDO.
- CONDENAR a la CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR, denominada COMFENALCO VALLE; la sociedad N.S.D.R S.A, propietaria del establecimiento de comercio SOCIEDAD CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO y el doctor JORGE PRIETO PEÑUELA, al pago de SESENTA Y CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS TREINTA Y CINCO MIL PESOS MCTE (\$64.435.000) por concepto de perjuicios morales de la señora NUBIA OBANDO.
- CONDENAR a la CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR, denominada COMFENALCO VALLE; la sociedad N.S.D.R S.A, propietaria del establecimiento de comercio SOCIEDAD CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO y el doctor JORGE PRIETO PEÑUELA, al pago de SESENTA Y CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS TREINTA Y CINCO MIL PESOS MCTE (\$64.435.000) por concepto de perjuicios estéticos de la señora NUBIA OBANDO.
- CONDENAR a la CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR, denominada COMFENALCO VALLE; la sociedad N.S.D.R S.A, propietaria del establecimiento de comercio SOCIEDAD CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO y el doctor JORGE PRIETO PEÑUELA, al pago de SESENTA Y UN MILLONES DOS CIENTOS TRECE MIL PESOS MCTE (\$61.213.000) por concepto de perjuicios en la vida de relación de la señora NUBIA OBANDO.
- CONDENAR a la CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR, denominada COMFENALCO VALLE; la sociedad N.S.D.R S.A, propietaria del establecimiento de comercio SOCIEDAD CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO y el doctor JORGE PRIETO PEÑUELA, al pago de 50 SMLMV a favor del señor RICARDO ERNESTO OBANDO, por concepto de perjuicios morales.
- CONDENAR a la CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR, denominada COMFENALCO VALLE; la sociedad N.S.D.R S.A, propietaria del establecimiento de comercio SOCIEDAD CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO y el doctor JORGE PRIETO PEÑUELA, al pago de 50 SMLMV a favor del señor CARLOS ALBERTO MARTÍNEZ MARIÑO, en calidad de ESPOSO de la señora NUBIA OBANDO.

- CONDENAR a la CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR, denominada COMFENALCO VALLE; la sociedad N.S.D.R S.A, propietaria del establecimiento de comercio SOCIEDAD CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO y el doctor JORGE PRIETO PEÑUELA, al pago de 50 SMLMV a favor del menor de edad SIMON DAVID MARTÍNEZ OBANDO representado legalmente por su padre CARLOS ALBERTO MARTÍNEZ MARIÑO, en calidad de hijo de la señora NUBIA OBANDO. Y
- CONDENAR a los demandados al pago de costas y agencias en derecho.

1.2. La demanda se fundamenta en los siguientes **HECHOS**:

- El día 30 de junio del año 2015 la señora NUBIA OBANDO asiste a cirugía de colecistectomía por laparoscopia programada, al haber sido diagnosticada con la patología de cálculos en el interior de la vesícula biliar. Es intervenida por el Dr. JORGE PRIETO PEÑUELA en Comfenalco. En la nota quirúrgica se describe que hay un proceso inflamatorio crónico severo con múltiples adherencias. Realiza liberación de mencionadas adherencias para visualizar la vesícula biliar y evidencia complicaciones por fuga biliar y deja un dren subhepático.
- En el post operatorio se menciona en las evoluciones Fistula Biliar, persistiendo drenaje biliohemático por el dren subhepático con un alto producido, se menciona dolor abdominal a nivel de hipocondrio derecho.
- Que el doctor JORGE PRIETO PEÑUELA no realizó ningún examen para evaluar las estructuras anatómicas y estado de estas, tales como un CPRE o una CRMN.
- El día 10 de julio de 2015 al haber realizado el CPRE se reporta AMPUTACIÓN DE LA VIA BILIAR.
- El día 11 de julio de 2015 se remite a la paciente para su valoración y manejo a la Clínica Nuestra Señora del Rosario para cirugía Hepatobiliar, donde fue evaluada por el doctor ÁLVAREZ, cirujano Hepatobiliar, donde solicitó una Colangio resonancia, realizada el 22 de julio de 2015 confirmando lesión de vía biliar extrahepática a nivel de la confluencia de los hepáticos con distracción de los cabos de más de 3 cms y colección tipo bilioma que compromete gran parte del hemiabdomen superior.
- El día 24 de julio de 2015 se realiza LAPAROTOMIA EXPLORATORIA realizando un lavado de cavidad y dejando dos drenes. Pasando el post operatorio en la UCI.
- El día 04 de agosto de 2015 se da de alta ya que fue valorada por cirugía Hepatobiliar por buena evolución clínica dándole cita de control por la subespecialidad por consulta externa el día 24 de agosto del mismo año, en

la cual se consideró por parte del doctor JUAN MANUEL RICO que la señora NUBIA debía de ser intervenida quirúrgicamente para realizar Hepatectomía, pero por desnutrición no se ordena.

- El día 29 de septiembre de 2015 la señora Nubia Obando va a Urgencias en la Clínica Nuestra Señora del Rosario por fiebre y dolor. El día 30 del mismo mes el doctor Rico solicita nueva colangio resonancia y ordena procedimiento de exceresis del sector lateral izquierdo del hígado.
- El día 13 de octubre de 2015 se realiza EXCERESIS DEL SECTOR LATERAL IZQUIERDO DEL HIGADO- derivación de la vía biliar, dejándose un dren subhepatico.
- El día 14 de octubre de 2015 se realiza reintervención quirúrgica por inestabilidad hemodinámica, realizando Laparotomía exploratoria más drenaje de colección intraperitoneal, la cual fue realizada por el doctor Juan Manuel Rico.
- El día 25 de octubre de 2015 se retira el dren abdominal y se da de alta médica con recomendaciones generales.
- Se manifiesta que en consecuencia de las graves lesiones en la humanidad de la señora NUBIA OBANDO, ella no puede continuar con su vida normal, ya que debe de tomar medicamentos de por vida y quedo con una perturbación física de carácter permanente.

De igual talante, según lo consignado en aquel libelo introductor, la falta de diligencia médica, se origina desde el momento en que ocurre una “lesión iatrogénica de la vía biliar”, al interior del procedimiento quirúrgico COLECISTECTOMIA POR LAPAROSCOPIA, efectuado el 30 de junio de 2015, a la paciente NUBIA OBANDO, y consistente en una fuga de bilis, que si bien constituye una de las complicaciones de esa cirugía, el cirujano hubiera podido realizar una conversión y concluir la misma con un abordaje convencional, es decir, una COLECISTECTOMIA ABIERTA, a fin de reparar de inmediato aquel daño, el cual además le ha ocasionado a la paciente NUBIA OBANDO, los siguientes trastornos en su salud: “ABDOMEN AGUDO; BILIOPERITONEO; COLECCIÓN SUPRAHEPÁTICA IZQUIERDA; NECROSIS DEL COLEDOCO Y VÍA BILIAR; SEPSIS DE ORIGEN ABDOMINAL; TRASTORNO HIDROELECTROLITICO; TRASTORNO ACIDO BÁSICO; DERRAME PLEURAL MASIVO; DESNUTRICIÓN PROTEICOCALORICA; CAQUEXIS LIPODISTRÓFICA; SÍNDROME ANÉMICO; Y, POLIOTRANSFUSIONES”; así mismo, se expresa que a consecuencia de esas graves lesiones en la humanidad de la referida demandante, no pudo continuar con su vida normal, puesto que debe “tomar medicamentos de por vida y ha quedado una perturbación física de carácter permanente”, por lo que a partir de aquellos daños, reclama un componente indemnizatorio.

Así mismo, en los acápite denominados “falla del servicio médico” y “relación de causalidad”, los actores denuncian que se presentaron graves fallas en la atención médica y en contra de la lex artis, relacionadas con el diagnóstico y el tratamiento inadecuado de la patología de la paciente NUBIA OBANDO, las cuales inician desde la atención de urgencias de la entidad EPS COMFENALCO, hoy COMFENALCO

VALLE DE LA GENTE, y con posterioridad por el establecimiento SOCIEDAD N.S.D.R. SAS, hoy CLINICA NUESTRA, y en los siguientes términos:

- Con relación a la CLÍNICA NUESTRA, por no darle un tratamiento integral continuo, puesto que se inicia aquel con una labor evaluativa, pero se le dio salida, sin solucionar los síntomas que aquejaban a la afiliada, o la resolución del caso clínico, tratándose entonces de un acto médico inconcluso, y que configura una falta de diligencia, prudencia y pericia debidas en la aplicación del tratamiento médico propuesto.

- Con referencia a COMFENALCO VALLE DE LA GENTE, su responsabilidad civil se configura por la omisión de la entidad prestadora de salud contratada para la atención de la paciente, al no garantizar la calidad, oportunidad y pertinencia de dicha atención recibida.

II.- ACTUACION PROCESAL.

1. Admitida la demanda mediante auto interlocutorio N° 625 de fecha 19 de septiembre de 2017, se notifica a los demandados convocados, mediante el sistema de notificación previsto en el art 291, en concordancia con el art. 301-2 CGP, respecto a los demandados CLINICA NUESTRA y COMFENALCO VALLE DE LA GENTE (archivo 001, folios 209-214), los cuales contestan la demanda, oponiéndose a la mayoría de los hechos y a las pretensiones planteadas por la demandante; con relación al otro demandado JORGE PRIETO PEÑUELA, se notifica personalmente del auto admisorio de la demanda (2/09/2019), según diligencia que obra a folio 209-archivo 002, el cual contesta oportunamente la misma, oponiéndose a la mayoría de los hechos y a las pretensiones planteadas en el libelo introductor.

Igualmente se llamó en garantía a la compañía AXA COLPATRIA SEGUROS S.A., por parte de **CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL VALLE DEL CAUCA**, vinculación que se admitió mediante auto interlocutorio N° 423 del 07 de mayo de 2018; y, la misma aseguradora fue llamada en garantía por parte de **SOCIEDAD N.S.D.R S.A.S**, vinculación que se admitió por auto interlocutorio N° 94 del 08 de febrero de 2018, aseguradora que se vincula al proceso en la oportunidad legal, fijando su posición frente a la demanda y a los llamamientos en garantía.

Igualmente, la pasiva y llamado en garantía, formulan una serie de excepciones de mérito, en los siguientes términos:

Excepciones propuestas por la demandada SOCIEDAD N.S.D.R S.A.S al contestar la demanda:

- *Acto médico con pertinencia, diligencia y cumplimiento de protocolos.*
- *Inexistencia de responsabilidad de la sociedad N.S.D.R S.A.S*
- *Inexistencia de los elementos propios de la responsabilidad.*
- *Inexistencia de la obligación de indemnizar.*

- *Obligación de medios y no de resultados por parte de la sociedad N.S.D.R S.A.S – CLÍNICA NUESTRA en la atención brindada a la paciente.*
- *cobro de lo no debido.*
- *Exceso de pretensiones y violación al juramento estimatorio.*
- *Inexistencia de solidaridad de sociedad N.S.D.R S.A.S y los demás demandados frente a los hechos y pretensiones de la demanda.*
- *innominada*

Excepciones propuestas por la demandada CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL VALLE DEL CAUCA COMFENALCO VALLE DE LA GENTE EPS al contestar la demanda:

- *Cumplimiento contractual por parte de la entidad promotora de salud Comfenalco Valle con la señora Nubia Obando.*
- *Inexistencia de la responsabilidad por cumplimiento de la obligación de la autorización del servicio de salud por parte de la EPS de Comfenalco Valle.*
- *Inexistencia de la obligación de indemnizar.*
- *Inexistencia de responsabilidad de acuerdo con la ley.*
- *Inexistencia de daño antijurídico imputable a Comfenalco Valle.*
- *Inexistencia de nexo de causalidad entre las atenciones en salud autorizadas por Comfenalco Valle y el supuesto daño antijurídico.*
- *Hecho exclusivo y determinante de un tercero como eximente de responsabilidad.*

Excepciones propuestas por el demandado JORGE PRIETO al contestar la demanda:

- *Ausencia de culpa por obrar con diligencia y cuidado.*
- *Cumplimiento de la obligación de medios por parte del galeno.*
- *Ausencia de nexo de causalidad.*
- *Riesgo inherente.*
- *Innominada.*

Excepciones propuestas por el llamado en garantía ASEGURADORA AXA COLPATRIA SEGUROS S.A:

- *Cabal cumplimiento de las obligaciones de la Comfenalco Valle y de la Clínica Nuestra Señora del Rosario S.A.S.*
- *Inexistencia de responsabilidad y/o obligación indemnizatoria.*
- *Inexistencia de los elementos propios de la responsabilidad y de la relación de causalidad.*
- *Las obligaciones de los profesionales de la salud se reputan de medios y no de resultados.*
- *El régimen de responsabilidad civil medica se rige por la culpa probada de acuerdo con el artículo 167 de C.G.P.*

2. Debe precisarse que, por auto del 10 de abril de 2019, se convocó a la audiencia inicial (art. 372 CGP), de manera presencial, para el día 2 de septiembre de 2019, la cual no se pudo evacuar, debido a la necesidad de tomar una medida oficiosa de saneamiento para evitar la configuración de nulidades procesales (art. 132 ibídem), consistente aquella en disponer la admisión y vinculación al proceso al demandado JORGE PRIETO PEÑUELA, conforme es solicitado en la demanda, y respecto del cual en el auto inicial que admitió la demanda se omitió dicha vinculación, extremo que se reitera se liga en debida forma al proceso, en los términos ya indicados.

3. Surtido el traslado secretarial conjunto al demandante, acerca de las excepciones de mérito alegadas por la pasiva, en los términos señalados en los arts. 110 y 370 del CGP, el despacho procedió a fijar fecha y hora para llevar a cabo las audiencias de que tratan los artículos 372 y 373 del Código General del Proceso, convocada mediante auto del 24 de mayo de 2021, de manera virtual, y sin que se pudiera efectuar previamente, debido a la suspensión del servicio por la emergencia sanitaria generada por la pandemia del Covid 19, ocurrida entre los meses de marzo a junio de 2020, amén de la necesaria digitalización del expediente, AUDIENCIA UNICA ORAL VIRTUAL, que se lleva a cabo los días 2 y 3 de septiembre de 2021, en donde se culmina la misma con las etapas procesales de alegatos y anuncio del sentido del fallo, con breve exposición de sus fundamentos, y se procede a emitir esta decisión escrita, en donde se condensará y explicará con la mayor claridad posible lo allí anunciado.

III. CONSIDERACIONES

1. PRESUPUESTOS PROCESALES

Del examen de los denominados por la doctrina y Jurisprudencia como presupuestos procesales, se deduce que los mismos se encuentran presentes en el proceso, por cuanto se verifica el requisito de capacidad para ser parte, alusiva a natural en los demandantes, y uno de los demandados, y jurídica de derecho privado en los restantes demandados; la capacidad procesal, porque han concurrido de manera directa al proceso las personas naturales, por lo que se presumen capaces, y las entidades accionadas por conducto de sus respectivos representantes legales, y asistidos a su vez todas las partes de apoderado; este Despacho judicial es competente para conocer de este tipo de litigios; y, por último, la demanda cumple los requisitos formales exigidos en el CGP.

Adicionalmente, no se observa irregularidad o causal de nulidad que invalide lo actuado, por lo que debe proferirse decisión de fondo en el asunto.

2. LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA

Se comenzará el estudio con lo relacionado con la legitimación en la causa, dado que, en todo proceso judicial, de entrada, e incluso de manera oficiosa, es menester

auscultar el requisito de la legitimación en la causa, por activa y pasiva, pues ha sido considerado como el presupuesto material indispensable para obtener una sentencia de fondo favorable a las pretensiones de la demanda o en su defecto, para la absolución del demandado. Con base en lo anterior, aquel requisito, consiste, fundamentalmente, y en el caso del demandante, en que sea el titular del derecho que reclama, y resulta legitimado por pasiva o demandado, la persona llamada a responder, por ser, según la ley, el titular de la obligación correlativa (SC2642-2015).

En el caso que nos ocupa, corresponde a un juicio de responsabilidad médica, instaurado por la señora NUBIA OBANDO ORDOÑEZ, y sus allegados RICARDO ERNESTO OBANDO ORDOÑEZ (hermano), SIMON DAVID MARTINEZ OBANDO (hijo) y su cónyuge CARLOS ALBERTO MARTINEZ MARIÑO, calidades de éstos dos últimos acreditados con las pruebas de estado civil arribados con la demanda (archivo digital 01, folios 142-143), actores que en su conjunto reclaman un componente indemnizatorio relacionado con daños originados en una intervención quirúrgica realizada por el médico JORGE PRIETO PEÑUELA a la paciente NUBIA ORDOÑEZ, y fallas en el servicio de salud a cargo de la entidad promotora de salud a la que se encuentra afiliada la referida, la entidad CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL VALLE DEL CAUCA-CONFENALCO VALLE DE LA GENTE, al igual que la entidad prestadora de aquel servicio de salud cuestionado CLINICA N.S.D.R. SAS-CLINICA NUESTRA (historias clínicas de las referidas entidades; archivos 001, folios 5-130 y archivo 002, folio 70).

Por consiguiente, a partir de aquella relación jurídica, los actores promueven una acción de responsabilidad civil contra el médico que intervino en la actividad de salud cuestionada, y con citación asimismo de las instituciones de salud involucradas en la prestación de aquel servicio de salud a su afiliada, bajo el régimen de seguridad social en salud (Ley 100 de 1993, art. 156 y ss.).

3. PROBLEMA JURIDICO A RESOLVER

3.1. Planteamiento.

En virtud de que se trata de un reclamo indemnizatorio relacionado con un tratamiento médico, que involucra al galeno que practicó una intervención quirúrgica, y las instituciones de salud obligadas a suministrar aquel servicio de salud a la afiliada NUBIA OBANDO ORDOÑEZ, bajo el régimen de seguridad social en salud (EPS e IPS respectivamente), se requería entonces que los demandantes acreditaran, además del daño antijurídico denunciado, la culpa de todos, o de alguno de éstos, por tratarse de una responsabilidad civil médica, y por la inexistencia de pacto expreso en contrario; además, se debe analizar si aquel daño o contingencia presentada (cirugía y posterior tratamiento médico), se ocasiona por un actuar contrario al estándar aplicable al caso en comento, concerniente aquel a la diligencia exigible a los profesionales de la salud, bajo la denominada "*lex artis ad hoc*".

La respuesta, se anticipa, alude a la ausencia de acreditación del elemento esencial de la culpa médica, que comporta por ese hecho, el fracaso de las pretensiones formuladas en la demanda.

3.2. Resolución del interrogante.

3.2.1. En primer lugar, debe mencionarse que en materia de responsabilidad civil médica, la jurisprudencia reiterada de la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia, ha señalado la postura alusiva a exigir, la comprobación de la culpa del galeno o de la institución de salud, bajo el estándar de la diligencia exigible a los profesionales de salud, denominada “lex artis ad hoc”, y como presupuesto ineludible para la conformación de aquella responsabilidad, amén que por excepción, se ha establecido la ausencia de exigir al actor la imputación de ese comportamiento, cuando expresamente así se ha pactado entre las partes; en sentencia reciente, fechada el 25 de agosto de 2021, con ponencia del Magistrado LUIS ALONSO RICO PUERTA, identificada con el número SC3604-2021, aquella Corporación señaló:

“(…) conviene insistir en que el fundamento de la responsabilidad civil del médico es la culpa, conforme la regla general que impera en el sistema jurídico de derecho privado colombiano. Por consiguiente, salvo supuestos excepcionales –como la existencia de pacto expreso en contrario¹–, la procedencia de un reclamo judicial indemnizatorio relacionado con un tratamiento o intervención médica no puede establecerse a partir de la simple obtención de un resultado indeseado –v.gr. el agravamiento o la falta de curación del paciente–, sino de la comprobación de que tal contingencia vino precedida causalmente de un actuar contrario al estándar de diligencia exigible a los profesionales de la salud.

Ese estándar, cabe precisarlo, no puede asimilarse completamente a ninguno de los que consagra el precepto 63 del Código Civil para los distintos tipos de culpa (como el parámetro del «buen padre de familia»), ni tampoco al criterio genérico de «persona razonable», pues debe tener en cuenta las especiales características de la labor del personal médico. Lo anterior explica la necesidad de acudir a una pauta diferenciada, denominada lex artis ad hoc, esto es,

«(…) el estándar de conducta exigible al profesional medio del sector, que actúa de acuerdo con el estado de los conocimientos científicos y técnicos existentes en el ámbito médico y dentro del sector de especialidad al que pertenece el profesional sanitario en cuestión. En la jurisprudencia alemana se habla del nivel de diligencia “de un profesional de la medicina respetable y concienzudo, con la experiencia media en el correspondiente campo de especialidad”, o dicho de otro modo, de la conducta “que se esperaría de un colega en la misma situación”. Del mismo modo, los tribunales ingleses exigen un nivel de diligencia superior al del “hombre normal y razonable”, que tome en consideración la experiencia, habilidades, técnicas y conocimientos que se esperan del profesional medio del sector»².

¹ Sobre el particular, enseña el precedente de la Corte: «Suficientemente es conocido, en el campo contractual, [que] la responsabilidad médica descansa en el principio general de culpa probada, salvo cuando en virtud de “estipulaciones especiales de las partes” (artículo 1604, in fine, Código Civil), se asumen, por ejemplo, obligaciones de resultado» (CSJ SC7110-2017, 24 may.).

² SOLE-FELIÚ, Jordi. *Lex artis y estándar de diligencia en la culpa médica*. En: GARCÍA, María y MORESO, Josep (Dir.). *Conceptos multidimensionales del derecho*. Ed. Reus, Madrid. 2020, p. 671.

*Lo anotado equivale a decir que la imputación subjetiva de los galenos debe construirse comparando su proceder con el que habría desplegado un colega de su especialidad, con un nivel promedio de diligencia, conocimientos, habilidades, experiencia, etc., en caso de haberse enfrentado (hipotéticamente) al cuadro clínico del paciente afectado. Esto explica la referencia a una *lex artis ad hoc*, que no es otra cosa que evaluar la adecuación de las actividades del personal de salud de cara a la problemática específica de cada persona sometida a tratamiento, observando variables como su edad, comorbilidades, diagnóstico, entre otras que puedan identificarse para cada evento concreto.*

En los juicios de responsabilidad médica, entonces, se torna necesario determinar la conducta (abstracta) que habría adoptado el consabido profesional medio de la especialidad, enfrentado al cuadro del paciente, y atendiendo las normas de la ciencia médica, para luego compararlo con el proceder del galeno enjuiciado, parangón que ha de permitir establecer si este último actuó, o no, de acuerdo con el estándar de conducta que le era exigible³. Si lo primero, no podrá concretarse la responsabilidad civil; si lo segundo, será necesario entroncar su “culpa”, en el sentido explicado, con el resultado dañoso alegado en la demanda”.

De igual manera, resulta pertinente precisar, que la referida jurisprudencia, en materia de responsabilidad civil de las entidades promotoras de servicios de salud (EPS), es decir, bajo el régimen de seguridad social en salud (Ley 100 de 1993), de manera aislada o solidaria con sus agentes y otros entes que participan en la prestación del servicio de salud (IPS), ha indicado, como lo hace en la sentencia SC-13925-2016 del 30 de septiembre de 2016, con ponencia del magistrado ARIEL SALAZAR, lo siguiente:

“Además de las funciones señaladas en esa y en otras disposiciones (se refiere allí a la Ley 100 de 1993), las EPS tienen como principal misión organizar y garantizar la atención de calidad del servicio de salud de los usuarios, por lo que los daños que éstos sufran con ocasión de la prestación de ese servicio les son imputables a aquéllas como suyos, independientemente del posterior juicio de reproche culpabilístico que llegue a realizar el juez y en el que se definirá finalmente su responsabilidad civil. Luego de quedar probado en un proceso que el daño sufrido por el paciente se originó en los servicios prestados por la EPS a la que se encuentra afiliado, es posible atribuir tal perjuicio a la empresa promotora de salud como obra suya, debiendo responder patrimonialmente si confluyen en su cuenta los demás elementos de la responsabilidad civil. Por supuesto que si se prueba que el perjuicio se produjo por fuera del marco funcional que la ley impone a la empresa promotora, quedará desvirtuado el juicio de atribución del hecho a la EPS, lo que podría ocurrir, por ejemplo, si la atención brindada al cliente fue por cuenta de otra EPS o por cuenta de servicios particulares; si la lesión a la integridad personal del paciente no es atribuible al quebrantamiento del deber de acción que la ley impone a la empresa sino a otra razón determinante; o, en fin, si se demuestra que el daño fue el resultado de una causa extraña o de la conducta exclusiva de la víctima”.

Igualmente, más adelante se afirma sobre la culpa que:

“La culpa de las entidades del sistema de salud y de sus agentes, en suma, se examina en forma individual y en conjunto a la luz de los parámetros objetivos que existen para regular la conducta de los agentes particulares y su interacción con los

³ En cualquier caso, no pueden obviarse algunos criterios de flexibilización de la prueba de la culpa, como las presunciones judiciales que surgen de la aplicación de la doctrina de la culpa virtual, o *res ipsa loquitur*, operante en supuestos como el oblitio quirúrgico (Cfr. CSJ SC7110-2017, 24 may.).

demás elementos del sistema. El juicio de reproche respecto de cada uno de ellos quedará rebatido siempre que se demuestre su debida diligencia y cuidado en la atención prestada al usuario. La responsabilidad civil derivada de los daños sufridos por los usuarios del sistema de seguridad social en salud, en razón y con ocasión de la deficiente prestación del servicio –se reitera– se desvirtúa de la misma manera para las EPS, las IPS o cada uno de sus agentes, esto es mediante la demostración de una causa extraña como el caso fortuito, el hecho de un tercero que el demandado no tenía la obligación de evitar y la culpa exclusiva de la víctima; o la debida diligencia y cuidado de la organización o de sus elementos humanos al no infringir sus deberes objetivos de prudencia”.

Conforme a lo anterior, en el caso de la definición de la responsabilidad civil de las EPS o IPS, si bien existe, en principio, una imputación a la organización por los daños ocasionados al afiliado cuando ocurre una prestación deficiente del servicio de salud, debido a que allí media una relación contractual entre ambos sujetos, en todo caso, dicha responsabilidad civil puede desvirtuarse, si acontece alguno de los eximentes de causa extraña permitidos por el ordenamiento jurídico, o la verificación de una debida diligencia y cuidado de la organización o de sus agentes en la atención del afiliado.

En ese orden de ideas, con fundamento en las aludidas reglas jurisprudenciales, el despacho decidirá este asunto.

3.2.2. Entrando en materia, debe partirse el estudio del sustento fáctico expresado en la demanda, acerca de la responsabilidad jurídica endilgada al demandado, debido a la necesidad de observar el principio de la congruencia dispuesto en el art. 281 del CGP, según el cual la sentencia deberá estar en consonancia con los hechos y las pretensiones aducidas en la demanda; de igual manera, el despacho, realizará previamente una interpretación de la demanda de manera que permita decidir el fondo del asunto, conforme lo indica el art. 42-5 ibídem.

De acuerdo con lo consignado en aquel libelo introductor, la falta de diligencia médica, se origina desde el momento en que ocurre una “lesión iatrogénica de la vía biliar”, al interior del procedimiento quirúrgico COLECISTECTOMIA POR LAPAROSCOPIA, efectuado el 30 de junio de 2015, a la paciente NUBIA OBANDO, y consistente en una fuga de bilis, que si bien constituye una de las complicaciones de esa cirugía, el cirujano hubiera podido realizar una conversión y concluir la misma con un abordaje convencional, es decir, una COLECISTECTOMIA ABIERTA, a fin de reparar de inmediato aquel daño, el cual además le ha ocasionado a la paciente NUBIA OBANDO, los siguientes trastornos en su salud: “ABDOMEN AGUDO; BILIOPERITONEO; COLECCIÓN SUPRAHEPÁTICA IZQUIERDA; NECROSIS DEL COLEDOCO Y VÍA BILIAR; SEPSIS DE ORIGEN ABDOMINAL; TRASTORNO HIDROELECTROLITICO; TRASTORNO ACIDO BÁSICO; DERRAME PLEURAL MASIVO; DESNUTRICIÓN PROTEICOCALORICA; CAQUEXIS LIPODISTRÓFICA; SÍNDROME ANÉMICO; Y, POLIOTRANSFUSIONES”; así mismo, se expresa que a consecuencia de esas graves lesiones en la humanidad de la referida demandante, no pudo continuar con su vida normal, puesto que debe “tomar medicamentos de por vida y ha quedado una perturbación física de carácter permanente”, por lo que a partir de aquellos daños, reclama un componente indemnizatorio.

Así mismo, respecto al sustento fáctico que afianza la responsabilidad civil médica, contenido aquel en los acápite denominados “falla del servicio médico” y “relación de causalidad”, los actores denuncian que se presentaron graves fallas en la atención médica y en contra de la *lex artis*, relacionadas con el diagnóstico y el tratamiento inadecuado de la patología de la paciente NUBIA OBANDO, las cuales inician desde la atención de urgencias de la entidad EPS COMFENALCO, hoy COMFENALCO VALLE DE LA GENTE, y con posterioridad por el establecimiento SOCIEDAD N.S.D.R. SAS, hoy CLINICA NUESTRA; sin embargo, un cuestionamiento detallado en la atención médica recibida por la paciente, respecto de las mencionadas instituciones, en la demanda, se menciona en los siguientes términos:

- Con relación a la CLÍNICA NUESTRA, por no darle un tratamiento integral continuo, puesto que se inicia aquel con una labor evaluativa, pero se le dio salida, sin solucionar los síntomas que aquejaban a la afiliada, o la resolución del caso clínico, tratándose entonces de un acto médico inconcluso, y que configura una falta de diligencia, prudencia y pericia debidas en la aplicación del tratamiento médico propuesto.

- Con referencia a COMFENALCO VALLE DE LA GENTE, su responsabilidad civil se configura por la omisión de la entidad prestadora de salud contratada para la atención de la paciente, al no garantizar la calidad, oportunidad y pertinencia de dicha atención recibida.

Adicionalmente, debe señalarse que, al revisar las historias clínicas de la referida paciente NUBIA OBANDO, aportadas con la demanda, y sin reparo alguno de la contraparte, por lo que se considera completa en su contenido, y concatenado ello con el aludido sustento fáctico expuesto en la demanda, se verifica la circunstancia alusiva a que la citada afiliada, recibe atenciones en salud, en dos instituciones hospitalarias diversas, la primera, originada en la cirugía programada y practicada el 30 de junio de 2015, efectuada en la institución CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMFENALCO VALLE DEL CAUCA, de propiedad para ese momento de la EPS demandada COMFENALCO VALLE DE LA GENTE, conforme lo precisó su representante legal al rendir el interrogatorio de parte, y su atención posterior hasta el día 13 de julio de 2015; la segunda atención hospitalaria, acontece, desde la calenda última en mención, por remisión de aquel ente de salud a la CLINICA NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO CALI VALLE, hoy CLINICA NUESTRA, la cual desarrolla una intervención en salud a la paciente, hasta el 25 de octubre de esa misma data (archivo 001, folios 5 a138).

Por consiguiente, se impone la revisión de varios actos médicos, a fin de auscultar si en ellos acontece, partiendo, se itera, del cuestionamiento formulado en la demanda frente a la atención en salud recibida en esas dos instituciones clínicas y sus agentes, la existencia de (i) errores de diagnóstico, (ii) una falta de idoneidad en el tratamiento médico recibido en la paciente y (iii) demoras injustificadas en la atención médica recibida.

3.2.3. Colectectomía por Laparoscopia.

Según el referido relato clínico (COMFENALCO VALLE DEL CAUCA), el Dr. JORGE PRIETO PEÑUELA, por el diagnóstico de CÁLCULO DE LA VESÍCULA BILIAR CON OTRA COLECISTITIS, le practica el 30/06/2015, en las instalaciones de COMFENALCO VALLE DEL CAUCA, a la paciente NUBIA OBANDO ORDOÑEZ, un procedimiento de COLECISTECTOMIA POR LAPAROSCOPIA, y dentro de la descripción quirúrgica detalla la presencia de: *“hallazgos proceso inflamatorio crónico severo, vesícula no visible por adherencias a epiplón y duodeno, paredes gruesas con cálculos, cístico 0.4 cm de diámetro, a. cistic posterior, lecho cruento, resto de cavidad sin alteraciones”*; sumado a lo anterior, de la descripción del proceso de cirugía realizado, anota, entre otros los siguientes pasos realizados: *“...9. Lavado, hemostasis, fuga de bilis sin identificar sitio claramente. 10. Se deja dren subhepático”* (archivo 001, folio 84).

Igualmente, en la historia clínica de la citada institución hospitalaria, aparecen anotaciones de evoluciones de la paciente, a partir del día 01/07/2015 y hasta el día 13 de ese mismo mes y año, concerniente a manejo hospitalario posterior al mencionado procedimiento quirúrgico, con indicación de drenaje de bilis, a partir del día 06/07/2015, y la consideración de realizar el examen CPER (colangio pancreatografía), cuya realización y resultado es anotado para el día 10/07/2015, el cual documenta una lesión de vía biliar (coledoco), amén que el día 11/07/2015, se dispone remitir a la paciente a CLINICA DEL ROSARIO para valoración por cirugía hepatobiliar (“Dr. RICO Dr ALVAREZ”), la cual se hace efectiva posteriormente el día 13/07/2015 (archivo 001, folios 127-130).

En el interrogatorio de parte absuelto por el galeno demandado JORGE PRIETO PEÑUELA, señala que previo a efectuar aquel procedimiento a la paciente NUBIA OBANDO, la valoró en consulta el 14/05/2015, en la que no encontró otro signo llamativo al reporte de cálculos que indicada la ecografía realizada a la paciente previamente (31/03/2015; archivo 001, folio 131: ecografía hepatobiliar; diagnóstico de COLELITIASIS CON SIGNOS ECOGRAFICOS DE COLECISTITIS), a efecto de ordenar estudios complementarios, y era suficiente entonces para realizar aquella cirugía el resultado de la ecografía en mención, según los estándares establecidos por la literatura médica, lo cual, además, se precisa, encuentra respaldo en el documento arribado por la demandada CLINICA NUESTRA (Cálculos biliares y sus complicaciones, archivo 001, folio 257); igualmente, en aquella valoración previa, menciona el galeno que se le entrega y diligencia por la paciente el consentimiento informado, en el cual se incluye expresamente como riesgo inherente a la cirugía que se le iba a practicar (colectectomía por laparoscopia), el referente a lesión de la vía biliar, documento que además es aportado al proceso por aquel demandado y COMFENALCO VALLE DE LA GENTE, con fecha 14/05/2015 (archivo 001, folios 289-290 y archivo 044), unido a que es reconocido en su firma y contenido general por la demandante NUBIA OBANDO, al interior del interrogatorio de parte rendido en el proceso (art. 203 CGP).

De igual modo, el mencionado cirujano, médico general, con especialidad en cirugía general, culminado ese estudio en el año 1991, con experiencia en practicar cirugías de colectectomía por laparoscopia, desde esa calenda, por lo que precisa que para el año 2015, fecha de la cirugía cuestionada, tenía una experiencia de 20 a 25 años a ese momento, y en un número de 60 procedimientos de ese tipo practicados

para ese año en particular, señala en su declaración, respecto a la fuga de bilis presentada en el proceso quirúrgico, la circunstancia que la identifica cuando ya había extirpado la vesícula, y se encontraba en el paso de seguridad de revisión del lecho donde se encontraba la misma, a través del uso de la cámara del equipo de cirugía, aunque no pudo ver el lugar exacto donde provenía ésta, ni observó un agujero, ni nada, por lo que decide por precaución, dejar un dren en la paciente y dejarla hospitalizada, siguiendo para el efecto los protocolos establecidos en la literatura, puesto que la fistula no era evidente, amén que precisa que no realizó otro procedimiento quirúrgico adicional para reparar allí ese daño, siguiendo también lo señalado por la literatura mundial y el consenso médico local, que aconseja no manipular la fistula de inmediato, dejar el dren y esperar un tiempo aproximado de 6 semanas para intentar una reparación o reconstrucción de la vía biliar, que se denomina tardía, y que la debe realizar asimismo otro médico especialista en reparación o cirujano hepatobiliar; igualmente, señala que así hubiere identificado con precisión el sitio exacto de la fuga, el actuar sería el mismo, es decir, “no hacer nada”, ni hacer una conversión a cirugía abierta, y solo dejar el dren.

El perito contratado por aquel extremo demandado, señor CAMILO ANDRÉS URBANO GUZMÁN, médico especialista en cirugía general, graduado en el año 2007, presenta dictamen escrito que observa en su contenido los requisitos previstos en el art. 226 del CGP (archivo 002, folios 299-312), y rinde asimismo declaración en la audiencia oral, en la que precisa que su experiencia en cirugías de colecistectomía por laparoscopia, acontece desde el año 2003, realizando de 5 a 6 cirugías de ese tipo a la semana, por lo que señala una experiencia equiparable a la manifestada por el cirujano accionado; de igual modo, señala que frente al diagnóstico de colecistitis, la conducta médica idónea es la concerniente a realizar una cirugía para extraer la vesícula, con la técnica de laparoscopia que ofrece mejores ventajas con relación a la cirugía abierta, ya que se aplica masivamente desde hace más de 15 años atrás, puesto que permite una mejor visión de las áreas a operar; respecto a la salida de bilis presentada durante la cirugía realizada por el Dr. PRIETO, precisa en su declaración que constituye un riesgo del procedimiento mencionado, la lesión de la vía biliar, e indica también que lo correcto era efectivamente dejar el dren y buscar un subespecialista en reconstrucción de la vía biliar para la reparación de la lesión; sobre el punto, aquel especialista señaló lo siguiente (archivo 53):

“Pregunta: ¿presentado el evento o complicación donde el cirujano encuentra una fuga biliar, si usted tuviera esa cirugía se hubiera hecho una intervención adicional, o fue acertado lo que hizo el medico de dejar un dren?”

Respuesta: cuando se revisa la historia, no se aprecia que salió bilis durante la cirugía, es un procedimiento difícil y uno de pronto tiene una duda o sospecha, la mejor opción es deja un dren y este es un testigo. Si no se hubiera dejado el dren no se daría cuenta de la complicación. Lo que se hace es eso, uno deja un dren como testigo para analizar si hay fuga biliar. Si yo estuviera en la cirugía, lo más correcto es lo que se hizo, dejar un dren y buscar un especialista”.

Pregunta: ¿la lesión se origina y es detectada en la cirugía, el mismo dijo que observa un residuo de bilis, él podía entrar a corregir en ese momento, estaba capacitado?

Respuesta: uno tiene el entrenamiento, lo que pasa es que cuando hay una complicación, que ninguno quiere tener, lo ideal es que lo haga la persona que mejor experiencia tenga, por eso hay subespecialidades. Lo que uno trata de hacer es dejar un dren o canalizado para que no se acumule la bilis porque eso genera infección. Eso permite tener exámenes complementarios y predecir éxito de la

cirugía. A pesar de poder tener el entrenamiento, pero uno prefiere que la reconstrucción lo haga un subespecialista porque es quien lo hace de manera frecuente.

Pregunta: ¿eso se maneja así en la literatura médica?

Respuesta: si señor, claro que sí”.

Respecto al reparo hecho en la demanda, relacionado con la negativa del cirujano de cambiar la técnica aplicada a la cirugía y de reparar de inmediato el daño ocasionado (lesión de la vía biliar por la fuga detectada), el perito indicó:

“Pregunta: ¿en la demanda dice que el doctor Prieto debía cambiar la técnica a abierta y reparar el daño inmediato, usted puede indicar o concluir que él pudo haber hecho ese cambio?

Respuesta: dentro de la cirugía no hay indicación para conversión, cuando se pasa de una técnica a otra. Y uno no encuentra indicación, si uno quiere ver la estructura que mejor que un equipo de laparoscopia que te aumenta la visión. Dentro de lo que le cabe a este caso no le cabe una conversión. Uno debe de dejar un dren, ordenar exámenes, y dejar en manos expertas. Yo hubiera hecho lo mismo, no aportaba a nada a la paciente el cambiar de técnica.

Pregunta: ¿esa conversión puede ser útil en ciertos casos, en qué casos?

Respuesta: sangrado, estructura vascular, la cámara queda sin visión y se hace cirugía abierta para frenar y ver el sangrado, pero en este caso no”.

Igualmente, con relación al cuestionamiento hecho en la demanda, relacionado con la falencia del cirujano de no efectuar exámenes complementarios a la paciente, anotándose que el perito preciso que, para presentar el dictamen pericial, revisó solamente la historia clínica de COMFENALCO, en donde aparece el procedimiento cuestionado, manifestó:

“Pregunta: ¿para este tipo de cirugía el cirujano general que tipo de ayudas diagnósticas necesita para poder hacerla?

Respuesta: en la mayoría una se base en tres aspectos: que haya un dolor en la vesícula, por debajo de la costilla del lado derecho, lo principal es la clínica; ecografía, mejor examen en cuanto costo eficiencia para poder determinar una enfermedad, en este caso el mejor examen es la ecografía, con ella se toma la decisión para saber si se debe o no llevar a cirugía.

Pregunta: ¿debió ordenar otros exámenes el doctor Prieto?

Respuesta: CPER se hace por vía endoscópica y se visualiza la vía biliar, no se usa como método de diagnóstico, la CPER jamás se hace como procedimiento de diagnóstico por las complicaciones, se hace es por terapéutico como pacientes que se sospeche de tumor. En cuanto Colangiorensonancia, es para visualizar la vía biliar cuando se dan hallazgos muy específicos. Yo tuve la oportunidad de ver la historia clínica, pero en ningún momento hay una situación que indique realizar ese examen. La Colangiorensonancia es un examen que se hace cuando uno está sospechando alteraciones de la vía biliar, son exámenes que se piden en conjunto, pero en este caso no hay ninguna indicación para realizar los exámenes mencionados.

Pregunta: ¿el CPER está contraindicado para método de diagnóstico, desde que año no se aplica en principio para una colecistitis?

Respuesta: nunca se ha utilizado, se hace para vía biliar, no para vesícula. El mejor método para ver vesícula es la ecografía”.

Pregunta: ¿el tiempo de marzo y se opera en junio, tenía alguna incidencia el tiempo entre la ecografía y la cirugía?

Respuesta: normalmente las ecografías se toman previamente porque la paciente tiene dolor, donde el cálculo obstruye el conducto de la vesícula, es frecuente que los pacientes sin tener dolor se tomen la ecografía y se tenga ese diagnóstico. Cuando va por urgencias y se da la inflamación aguda y no cede con analgésicos, uno puede inferir que hay proceso inflamatorio y la presencia de los cálculos es causa de ellos. Si la ecografía es muy vieja de 1 o 2 años uno tiende a repetirla. Pero si es de 2 o 3 meses uno asimila que la causa es la colecistitis.

Pregunta: ¿entonces se hizo en tiempo razonable?

Respuesta: es un tiempo razonable”.

Finalmente, aquel experto contratado, menciona con referencia al momento en que se hizo el procedimiento de reparación biliar lo siguiente:

Pregunta: ¿el 13 de octubre de 2015 se hace la reconstrucción en la clínica Nuestra, en su concepto esa cirugía se hizo en un tiempo razonable o se pudo haber hecho antes de esa fecha?

Respuesta: se hizo en tiempo razonable. Cuando se opero había mucha inflamación, lo que uno desea es que la inflamación haya cedido, uno no la hace antes de 15 días, uno por lo menos deja 15 días para que la inflamación pase, uno espera un poco de tiempo para hacer reconstrucción y esta sea exitosa.

Pregunta: ¿usted habla de 6 a 8 semanas en el dictamen?

Respuesta: sí, lo ideal es de 6 a 8 semanas.

Pregunta: ¿las condiciones nutricionales de la paciente influyen para que no se haga la cirugía de reconstrucción biliar?

Respuesta: la condicional nutricional es clave en el proceso de recuperación de cualquier paciente, cuando están desnutridos el proceso de cicatrización no es en buena medida”.

Conforme lo señalado por el referido perito, el cual se precisa es un colega de la misma especialidad del galeno demandado, y con una experiencia importante y comparable con la señalada por el médico demandado para el momento de la cirugía cuestionada, denominada colecistectomía por laparoscopia (30/06/2015), aquel enfatiza que en caso de haber estado hipotéticamente en el lugar del Dr. PRIETO, hubiera actuado de la misma manera en que lo hizo éste, es decir, dejar el dren como medida de precaución por la fuga de bilis y poner en manos de otro médico especialista la realización de la cirugía de reparación de la vía biliar lesionada, actividad que igualmente resulta conforme al estándar de conducta que le era exigible para el caso, o lo que es lo mismo, acorde a las reglas de la ciencia médica, según aquel lo precisó igualmente.

En el mismo sentido, el testigo técnico Dr. JUAN MANUEL RICO, cirujano general y hepatobiliar de hígado y vías biliares, además de indicar ser cirujano de trasplante de hígado y cirugía hepática, menciona que es quien efectuó el procedimiento de reparación biliar practicado posteriormente a la paciente (13/10/2015), señalando además en su declaración con relación a la cirugía previa que practicó el medico demandado JORGE PRIETO, lo siguiente (archivo 54):

Pregunta: “¿si usted hubiera sido el medico que opero a la paciente, observa la inflamación y una fuga de bilis, el debió haber cambiado la cirugía a una abierta?”

Respuesta: no, lo que hay que hacer cuando hay fuga es dejar un dren y remitir al paciente a un centro experto y a un cirujano experto.

P: ¿observada esa fuga, el debió hacer un procedimiento adicional para corregir esa situación?

R: no, cuando se corrige por ese cirujano, el fracaso es del 80%, por eso se debe de remitir. La recomendación es no reconstruir y remitir al paciente a un centro experto”.

De igual manera, debe decirse, acerca de la pertinencia de la cirugía laparoscópica para la extracción de la vesícula por cálculos biliares, la ocurrencia de una lesión biliar como riesgo inherente o asociado a aquel procedimiento, que involucra incluso a la otra técnica de cirugía abierta, y lo referente al hecho de que presentada esa complicación en el curso de la cirugía, la lex artis aconseja no realizar un procedimiento adicional, como el cambio a cirugía abierta o de reparación inmediata de la lesión detectada, amén de iniciar un tratamiento conservador para tratar dicha fuga biliar, o sea el de esperar un tiempo razonable para intentar aquel procedimiento reconstructivo, encuentra respaldo todo ello en la literatura médica en general, conforme así lo verifica la documentación científica aportada al proceso, sin reparo alguno de la contraparte, por la pasiva en el asunto, comenzando por el demandado JORGE PRIETO PEÑUELA (Tratamiento conservador de la fuga biliar, archivo 002, folios 277-289), y los otros vinculado en ese extremo CONFENALCO VALLE DE LA GENTE (Fugas biliares postoperatorias y Tratamiento conservador de la fuga biliar; archivo 002, folios 110-152), y la CLINICA NUESTRA (Cálculos biliares y sus complicaciones, archivo 002, folios 253-268), estudios en donde se aborda esa problemática y se menciona la técnica empleada para el caso, tanto el abordaje de la complicación de la lesión biliar en la cirugía laparoscopia, como la admisión del procedimiento de reparación de aquella, de forma conservadora o tardía.

Así mismo, la pertinencia de la conducta del Dr. PRIETO, de efectuar la cirugía contando solamente con la ayuda de la ecografía, el tiempo de su realización para el momento de la cirugía, sin la necesidad de otros exámenes complementarios, encuentra también respaldo en la conducta establecida en la lex artis ad hoc (literatura científica aportada al proceso), amén que tampoco se aportó prueba en contrario; de igual modo, aquel galeno en su declaración, ante preguntas relacionadas con el tiempo en que se hizo la cirugía (30/06/2015) y la fecha en que se practicó la ecografía (31/03/2015), es decir, que ese lapso de tiempo influyera en el resultado presentado (materialización del riesgo de la lesión presentada), incluido lo concerniente a la necesidad de efectuar a la paciente estudios complementarios, y su tratamiento posterior que resultó, se itera, no inmediato sino conservador, aquel expresó lo siguiente (archivo 53):

Pregunta “¿puede cambiar las circunstancias medicas de una persona en ese lapso de 4 meses?”

Respuesta: si cambia sería muy evidente, es decir, pero si sigue igual en un periodo de 4 meses o de 8 no tiene ninguna indicación de estudio adicional. No hay un término, porque puede haber diferencias en el término. Yo he sugerido, no está demostrado, le sugerí (se refiere a entidades de salud), que, una vez valorado el paciente, repetir la ecografía a los 6 meses, eso se hace con pacientes de pandemia, que no pase de un año. Así al paciente no le haya pasado nada y no manifiesta decidimos pedir otra ecografía, pero de más de un año”.

En todo caso, debe señalarse que las anotaciones existentes en la referida historia clínica (COMFENALCO VALLE DEL CAUCA, hoy COMFENALCO VALLE DE LA GENTE), no apuntan a la relación de síntomas adicionales al dolor abdominal y la verificación de cálculos en la vesícula, que ameritaran la indicación al cirujano PRIETO, de disponer de otras ayudas adicionales a la ecografía realizada, ni la paciente NUBIA OBANDO, señaló en su declaración, que previo a la cirugía practicada el 30/06/2015, y como también lo indicó el Dr. PRIETO en el interrogatorio absuelto, se le hubiere manifestado a aquel profesional de la salud, un agravamiento de las condiciones de salud de la paciente para ese instante en particular, que ameritara una actividad adicional de éste y previo, se insiste, a la mencionada intervención quirúrgica, o incluso, el efectuar aquella cirugía de urgencia o en un plazo inferior al fijado para el efecto, cuestión que se precisa tampoco alegada en la demanda como negligencia médica, ni es comprobada esa circunstancia en el proceso como causa del hecho dañoso.

Por consiguiente, la generación del mencionado daño, representado en la lesión de la vía biliar y sus repercusiones en la salud de la paciente, ocurrido en el curso del procedimiento quirúrgico que se le practicó a la paciente NUBIA OBANDO, no interviene una conducta o actividad relevante del galeno que la practicó, asociada a impericia, imprudencia o negligencia, eventualidad adversa, que constituye además un riesgo reconocido o previsible por la ciencia médica, y que fue advertido y comunicado claramente a la paciente por el cirujano, y ésta, consintió expresamente en asumirlo.

Sobre esto último, en todo caso, debe puntualizarse, que la existencia del referido consentimiento informado, no constituye la razón fundamental para la excluir la culpa del médico demandado Dr. PRIETO, sino lo concerniente a la verificación de la ausencia de negligencia en su proceder; en efecto, en la citada sentencia SC3604-2021, el alto tribunal de casación, señaló:

“En el contexto de la responsabilidad civil del médico, el consentimiento informado, por vía general, tiene un protagonismo residual, porque su existencia (o inexistencia) no suele ofrecer información relevante para el derecho de daños. Si la lesión corporal del paciente deriva de la negligencia, su asentimiento previo (o la falta de este) carecerá de utilidad para definir lo atinente a la responsabilidad civil del profesional sanitario; asimismo, si se produce un daño totalmente inesperado (imposible de prever ex ante), no surgirá para el médico la obligación de reparar, aunque el procedimiento o

tratamiento en cuyo curso se generó ese daño no viniera precedido del consentimiento del interesado⁴.”.

Finalmente, sobre el punto, y relacionado con deficiencias en la atención médica recibida por el personal de salud diferente al referido profesional de la salud, y adscrito a la clínica COMFENALCO VALLE DE LA GENTE, durante la hospitalización de la paciente NUBIA OBANDO, que resulta adicional a la aludida cirugía, puesto que estuvo internada en aquel centro hospitalario, desde su práctica y hasta el día 13/07/2015, según aparece en la historia clínica de la entidad, sumado a que en la demanda, se reitera, no existe una indicación concreta de actuaciones u omisiones indebidas del referido personal de salud, a excepción de la intervención del Dr. PRIETO (art. 42-5 CGP), de la revisión objetiva de aquel relato clínico, y sin otra prueba aportada al proceso que la desvirtúe, carga probatoria que le incumbía a los actores asumirla (art. 167 íbidem), el despacho no encuentra omisiones por falta de atención médica o demoras injustificadas en recibir los servicios de salud prescritos, sino la prestación del servicio de salud en tiempos razonables, por cuanto la paciente, a raíz del procedimiento practicado el 30/06/2015, queda hospitalizada bajo revisión permanente de médicos de la institución, acerca de su estado de evolución diario, que a medida que aparecieron signos de alarma, como lo referente al drenaje de bilis (06/07/2015), se escala la atención a disponer en esa misma fecha, la realización de un CPER, procedimiento que se efectúa el día 10/07/2015, y obtenido su resultado, por prescripción médica, se ordena la remisión de la paciente el día 11 de ese mes a otra institución para efectuar una cirugía hepatobiliar, la cual se materializa el 13/07/2015, en la institución CLINICA NUESTRA (archivo 001, folio 6).

Igualmente, lo referido a la demostración acerca de que haya existido una demora en realizar el referido examen CPER, o de la remisión de la paciente a aquella institución, lo cual haya ocasionado el hecho dañoso endilgado en la demanda, tampoco encuentra respaldo probatorio suficiente en el proceso, dado que las pruebas hasta ahora analizadas, apuntan a que el tratamiento conservador de la fistula o lesión biliar, que comenzó, se precisa, en la atención brindada en COMFENALCO, atiende igualmente las normas de la ciencia médica, como lo es también, la realización de la cirugía reconstructiva o reparadora por personal médico especializado en la cuestión, según ya se explicó, puesto que la entidad destinataria de la remisión CLINICA NUESTRA, para el año 2015, contaba con la infraestructura y personal idóneo para desarrollarla, conforme así lo precisaron su representante legal, en la declaración rendida por aquel en el proceso, y lo corrobora el médico especializado que la practicó finalmente, Dr. JUAN MANUEL RICO, vinculado a esa entidad para ese momento, en la declaración rendida en el juicio.

Con referencia a este último testigo, resulta importante su versión de los hechos, sumado a sus opiniones o conceptos, puesto que se trata de un testigo técnico, dado que además de tratarse de un profesional de la salud, corresponde a uno de los médicos tratantes de la paciente NUBIA OBANDO (art. 220-3 CGP), y quien respecto a indagaciones sobre la atención médica previa recibida por aquella en la institución COMFENALCO, relacionadas con la complicación presentada y su tratamiento posterior por personal de dicha institución, no efectuó cuestionamiento alguno relacionado con la presencia de una falta de diligencia en la actuación del

⁴ Es pertinente señalar que, a voces del canon 16 de la Ley 23 de 1981, «*La responsabilidad del médico por reacciones adversas, inmediatas o tardías, producidas por efectos del tratamiento, no irá más allá del riesgo previsto. El médico advertirá de él [el riesgo previsto, se aclara] al paciente o a sus familiares o allegados*».

Dr. PRIETO, o de los otros profesionales de la salud de la institución en mención, en la atención que le brindaron a la paciente, luego de la cirugía realizada el 30/06/2015, el manejo dado por los galenos de COMFENALCO, resultó ser acorde al estándar médico exigido para el caso, según la literatura médica, corroborado se itera con la aportada al proceso; en efecto, aquel testigo señaló (archivo 54):

“Pregunta: ¿la señora fue operada el 30 de junio de 2015, la acumulación de bilis puede darse por la demora en el traslado?”

R: No, generalmente se debe a que el dren no funciona bien, lo que había que hacer es dejar un dren para que no se acumule la bilis, pero a veces el dren no funciona bien.

P: ¿a la señora le salió líquido biliar el día 6 después de la cirugía, se ordenó un examen el día 11, es normal que se tenga a la paciente durante ese tiempo o debió de ser remitida?

R: A penas se sospecha una lesión hay que remitir el paciente a al especialista

P: ¿se debió hacer el traslado inmediatamente?

R: El traslado debe de ser inmediato, pero con mi experiencia nunca sucede dado los tramites de las aseguradoras.

P: ¿el debió de haber hecho el traslado de la paciente desde que se dio cuenta?

R: Hay que esperar porque pueden ser unas fugas que se solucionan solas, pero después de 3 o 4 días se debe de sospechar lesión de la vía biliar principal

P: ¿lo ideal era trasladarla?

R: Se puede realizar unos estudios y después mandarla al especialista

P: ¿el CPER, se hizo 5 días después de que empezó a salir el material biliar, si la señora hubiera sido trasladada y tratada, el resultado hubiera sido diferente?

R: La CPER no es para tratamiento es solo para diagnóstico, el problema es la acumulación de bilis”.

En consecuencia, con referencia a COMFENALCO VALLE DE LA GENTE, no se probó su responsabilidad civil, en cuanto a que no haya garantizado una atención en salud a su afiliada, que es prestada directamente por la misma en sus instalaciones, y con criterios de calidad, oportunidad y pertinencia en ella.

3.2.4. Atención médica en CLINICA NUESTRA.

Procede ahora el despacho a analizar las actividades y conductas desplegadas por el personal médico de aquella institución de salud, precisando nuevamente que, en la demanda, no se hace un señalamiento concreto de actuaciones u omisiones indebidas de dichos agentes, a excepción de señalar que la paciente NUBIA OBANDO, no recibió un tratamiento en salud integral continuo, puesto que se inicia aquel con una labor evaluativa, pero se le dio salida, sin solucionar los síntomas que aquejaban a la afiliada, o la resolución del caso clínico, tratándose entonces de un acto médico inconcluso, y que configura una falta de diligencia, prudencia y pericia debidas en la aplicación del tratamiento médico propuesto.

De igual talante, en el interrogatorio de parte expuesto por la demandante NUBIA OBANDO, indagada sobre fallas en la atención médica recibida por la misma en las dos instituciones de salud demandadas, afirmó (archivo 53):

Pregunta: “¿usted demanda a dos instituciones de salud y en su declaración dice que recibe una atención en la clínica Comfenalco que es donde le hacen cirugía de la vesícula y después la cirugía de la reconstrucción, entonces esas dos clínicas, hay alguna queja que usted tenga frente al tratamiento de salud que usted recibió, ve alguna falla?”

Respuesta: claro, en Comfenalco, por lo que me hicieron, por ejemplo, desde que comencé para que me hicieran la operación de la vesícula, yo fui en marzo, me mandaron el examen en abril y después de eso tantas demoras hasta junio y después de eso uno tiene que ponerse una bravo para una cita, yo botaba mucho líquido y nadie me decía nada, uno se muere y nadie dice nada

P: ¿habla de una falla en Comfenalco por la demora, usted era remitida a la clínica nuestra, que falla del servicio ocurre en el caso de la clínica nuestra?”

R: pues falla con la clínica nuestra no le puedo decir, porque el doctor Rico me opero, porque por él yo estoy viva.

P: ¿ósea que por parte de la actuación de la clínica nuestra usted no encuentra ninguna anomalía o deficiencia?”

R: no porque el doctor Rico es espectacular, por él estoy aquí frente a ustedes”.

Conforme a lo anterior, en el caso de la actividad desplegada por la institución CLINICA NUESTRA, que involucra igualmente la actuación del Dr. JUAN MANUEL RICO, cirujano especializado que se insiste realizó la cirugía de reconstrucción o reparación biliar en la paciente mencionada, y conforme lo reconoce la misma actora en el interrogatorio rendido en la audiencia oral, amén que resulta finalmente contrario a lo afirmado por su apoderada en la demanda, no merece reproche alguno por aquella paciente.

Sin embargo, efectuada una labor de investigación del actuar de aquella institución de salud demandada, el despacho no encuentra de igual manera en él, una contravención al estándar de diligencia exigible a ninguno de los profesionales de la salud que atendieron a la paciente, por cuenta de dicha entidad, incluido el Dr. RICO.

Comenzado con la revisión de la historia clínica aportada con la demanda, perteneciente a la CLINICA NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO, hoy CLÍNICA NUESTRA (archivo 001, folios 6-82), allí se verifica que la paciente NUBIA OBANDO, ingresa al establecimiento hospitalizada para evaluación de cirujano hepatobiliar (13/07/2015), en el que además se le practica otros exámenes como una colangiografía, además de un tratamiento para estabilizar su organismo, en la que interviene un equipo interdisciplinario de profesionales de la salud; igualmente, se verifica que se le realiza el 24/07/2015, un procedimiento de laparotomía-drenaje, realizado por el Dr. ANDRÉS FELIPE ROMERO, y es dada de alta el 03/08/2015, por buena evolución, según orden impartida por el Dr. JUAN MANUEL RICO, dejando pendiente la cirugía reconstructiva, y reingresa a la clínica el 29/09/2015, por urgencias; el día 13/10/2015, se le practica un procedimiento de

hepatectomía izquierda +derivación vía biliar, efectuada por el Dr. RICO, y el día 14/10/2015, se le realiza otro procedimiento de laparotomía exploratoria SOD-drenaje de colección intraperitoneal; posteriormente, continua la atención hospitalaria hasta el día 25/10/2015, es donde es dada de alta por buena evolución, por indicación del Dr. RICO.

En lo tocante al tiempo en que finalmente se hizo la intervención de reconstrucción biliar, solución final que se itera era la aplicable al caso, según la ciencia médica, para el evento adverso de una lesión en la vía biliar, y como en el caso se realiza aquel procedimiento, casi 4 meses después de la primera intervención donde se origina el evento lesivo (colecistectomía por laparoscopia), indagado aquel cirujano especializado, quien se considera que mejor conoce la situación por tratarse del médico tratante de la paciente, que practicó aquel procedimiento, y verificarse en la aludida historia clínica, que aquel además estuvo presente durante todo el tiempo de atención de la misma, y lideró el equipo médico interdisciplinario que estuvo al frente de ese proceso en la CLINICA NUESTRA, sobre las razones de ese interregno trascendido, y no de haberse efectuado antes por aquel profesional de la salud la cirugía reparativa, en su declaración, aquel señaló inicialmente en su relato espontáneo lo siguiente(archivo 54):

“Conozco que a la señora Nubia se le practicó una colecistectomía u operación de la vesícula, según entiendo a través de la aseguradora Comfenalco en la cual sufrió una lesión de la vía biliar en el 2015, presentando una lesión muy grave, en la cual la sección de los ductos de la bilis sucede casi adentro del hígado y no afuera como es en los grados menos complejos. Esta lesión es una lesión compleja que pone en riesgo la vida, fue referida a la Clínica Nuestra donde tenemos un grupo de cirugía Hepatobiliar especializado hace 10 años, donde realizamos comúnmente este tipo de procedimientos. Ella la operamos un tiempo después de su lesión dado que cuando consulto hizo peritonitis por bilis, por lo cual no se pudo hacer una reconstrucción rápida, rápida son los primeros 15 días después de la lesión y hubo que esperar lo que se espera normalmente que es entre 5 y 8 semanas para hacer una reconstrucción en un segundo tiempo. Se llevo en un segundo tiempo a cirugía, se hizo la reconstrucción, tuvo un sangrado post operatorio que se atendió rápidamente y de resto la evolución fue favorable”.

Igualmente, ante preguntas posteriores efectuadas al mismo expresó:

Preguntado: ¿entre junio y octubre porque razón no se hizo y apenas ocurre la lesión?

Respuesta: porque la paciente presento una acumulación de bilis alrededor del hígado, lo que genera inflamación severa, y si se hace ya la posibilidad de falla es alta, debe de esperar que pase 2 o 3 meses, esperar que cicatrice completamente para volver a intervenir.

P: ¿existió otro factor o condición especial que hubiera hecho esperar que se hiciera esa cirugía?

R: estado nutricional en que llevo la paciente. Llego comprometida desde el punto de vista nutricional, y se hace una recuperación nutricional y física mientras cicatriza.

P: ¿hubo algún inconveniente administrativo que hiciera que se demorara esa cirugía?

R: no recuerda si había problemas administrativos”.

En ese orden de ideas, amén que en el relato clínico aludido (CLINICA NUESTRA), existen notas relacionadas que respaldan la necesidad de realizar una rehabilitación nutricional y física de la paciente, además de brindarle soportes vitales que se le realizaron en la unidad UCI, y un drenaje (24/07/2015), todo ello de manera primigenia a la cirugía en comento, puede afirmarse entonces que se presentaron en el caso concreto, contingencias especiales o problemáticas relacionadas con el mismo estado de salud de la paciente que impidieron hacerla con anterioridad al momento en que se efectuó, y que fueron atendidas adecuadamente por el personal de salud de CLINICA NUESTRA, puesto que observaron las directrices de la ciencia médica, según lo enfatiza el Dr. RICO en su declaración y lo corrobora la literatura científica, amén que prueba en contrario, tampoco se arribó al proceso por los demandantes.

Auscultada la literatura científica sobre las lesiones iatrogénicas de la vía biliar, y en cuanto al tratamiento quirúrgico para su solución, apuntan a un manejo interdisciplinario de profesionales de la salud, que puede ser aquel inmediato o conservador, para cuyo fin, índice efectivamente las condiciones personales del paciente; ejemplo de lo anterior, es el artículo encontrado en la internet (página: <https://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-articulo-lesiones-iatrogenicas-via-biliar->), titulado *Lesiones iatrogénicas de la vía biliar*, en donde se menciona que:

“Las lesiones de la vía biliar se pueden producir por múltiples causas, siendo las lesiones iatrogénicas de la vía biliar las más frecuentes. Son situaciones clínicas complejas producidas en pacientes aparentemente sanos que se asocian a una morbilidad importante y una mortalidad baja pero no despreciable. Un tratamiento correcto requiere un alto nivel de sospecha en el intraoperatorio y en el postoperatorio inmediato, y un abordaje multidisciplinario entre cirujanos, radiólogos y endoscopistas para ofrecer al paciente el mejor diagnóstico inicial, las mejores opciones terapéuticas y el mejor manejo y seguimiento de las complicaciones. Con esta revisión pretendemos describir la situación actual de la literatura con respecto a este tipo de lesiones y su manejo terapéutico, y hemos efectuado un algoritmo terapéutico.

Factores de riesgo

Edad/sexo: los pacientes de edad avanzada y sexo varón tienen un riesgo incrementado de LIVB²¹.

Malformaciones congénitas: la agenesia parcial hepática ha sido descrita como factor de riesgo²².

Colecistitis aguda: las LIVB son 3 veces más frecuentes en las CL por colecistitis aguda, con una incidencia entre el 0,77-5,0% y es el mayor factor predisponente de LIVB²³⁻²⁸.

Síndrome del conducto cístico oculto: cuando se disecciona el infundíbulo para la identificación del conducto cístico (CC) en la técnica infundibular, es posible que confundamos el hepato-colédoco con un cístico erróneamente identificado y lo seccionemos. Este hecho se favorece por la presencia de inflamación aguda o crónica, piedras grandes impactadas en el infundíbulo, adherencias entre la vesícula y el colédoco y vesículas intrahepáticas²⁹⁻³².

Anomalías anatómicas de la vía biliar (VB). El CC anómalamente puede unirse al colédoco muy cerca de la localización de los conductos sectoriales segmentarios, puede drenar en un conducto sectorial, así como en la

convergencia de los conductos sectoriales anterior y posterior³³. La confluencia entre el CC y la VB principal puede ser angular (75%), paralela (20%) y espiral (5%). Con una implantación paralela, es posible dañar el exterior del colédoco con una quemadura térmica al disecar el CC por la proximidad³⁴.

Error percepción en CL y reconvertidas a abiertas: aunque la técnica de fondo a infundíbulo es un buen recurso para colecistitis agudas por vía abierta, cuando sospechas una fístula colecisto-coledocal, esta técnica en la cirugía laparoscópica puede llevar a lesionar el colédoco³⁴.

Tipo de abordaje. Las LIVB de CL son más graves y complejas por su localización más proximal, por su frecuente asociación con lesión vascular y por el mecanismo térmico asociado³⁵⁻³⁷.

Experiencia del cirujano: aunque la experiencia es esencial para evitar altas cifras de morbilidad en cualquier cirugía, en las CL la curva de aprendizaje no parece ser el factor más importante a la hora de minimizar las cifras de las LIVB³⁸⁻⁴⁰.

(...)

Actitud terapéutica

El tratamiento de las LIVB es complejo, y multidisciplinario. Se requiere conocer: el tipo de lesión, la situación clínica del paciente, lesiones vasculares asociadas, factores locales hospitalarios...

Describimos brevemente unas generalidades sobre el tratamiento no quirúrgico y quirúrgico, resaltando la hepaticoyeyunostomía (H-Y). Posteriormente definimos un tratamiento según los tipos de Strasberg. El tratamiento endoscópico será ampliado en lesiones Strasberg tipo A.

- **1. Tratamiento no quirúrgico (endoscópico y radiológico intervencionista).**

El tratamiento multimodal de la LIVB incluye el tratamiento endoscópico y radiológico intervencionista. Las técnicas de radiologías intervencionistas percutáneas van a requerir una continuidad bilioentérica, son menos invasivas y pueden ser más adecuadas en pacientes no candidatos a la cirugía, o aquellos cuya anatomía hace la instrumentación endoscópica técnicamente muy difícil⁶⁵. El desarrollo de «stent» autoexpandibles cubiertos, específicamente diseñados para ser retirados posteriormente, puede cambiar próximamente el manejo de las estenosis benignas⁶⁶.

- **2. Tratamiento quirúrgico**

Hay 3 parámetros pronósticos independientes del tratamiento quirúrgico de una LIVB que implican una pobre evolución postoperatoria y una tasa superior de complicaciones⁶⁷:

- **1. LIVB proximal: técnicamente mucho más complejas de reparar y habitualmente asociadas a lesión vascular⁶⁸.**
-
- **2. Reparación en fase aguda: en LIVB agudas, la reparación inmediata es la mejor opción si el estado hemodinámico del paciente y las condiciones sépticas lo permiten⁶⁹. No existe evidencia para apoyar una reparación precoz o diferida cuando la LIVB es identificada días después de la lesión⁷⁰.**

-
- **3. Derivación tardía a un centro terciario: la reconstrucción biliar en un centro de referencia por un cirujano experto en LIVB, presentan mejor tasa de éxito, menor estancia hospitalaria, morbilidad y mortalidad. El momento en que se deriva a un centro terciario puede afectar drásticamente a la cirugía de reconstrucción biliar cuando se lleve a cabo⁶⁷.**” (Lo resaltado no lo contiene el texto).

De otra parte, el reparo relacionado con la circunstancia alusiva a una salida, sin solucionar los síntomas que aquejaban a la afiliada, o la resolución del caso clínico, tratándose entonces de un acto médico inconcluso, y que configura una falta de diligencia, prudencia y pericia debidas en la aplicación del tratamiento médico propuesto, conforme se alega en la demanda, es menester señalar que, de la revisión de la historia clínica en mención (CLINICA NUESTRA), puesto que en ella aparece la relación de los actos médicos practicados a la paciente, acontece que el día 04/08/2015, el Dr. RICO, considera que por buena evolución de la paciente decide dar salida con recomendaciones en casa y cuidados en casa, signos de alarma y cita de control para la cirugía hepatobiliar con el mismo cirujano (archivo 001, folios 68-69); igualmente, resulta importante anotar de la revisión de aquella HC, que la paciente, luego de aquella salida hospitalaria, ingresa nuevamente a la institución por la unidad de urgencias (29/09/2015), por síntomas de fiebre y dolor en abdomen derecho, anotándose por la médica general de turno, que el caso se comenta con el Dr. RICO, el cual refiere “*hospitalización para manejo por cirugía hepatobiliar, se entrega a médico de observación*” (archivo 001, folios 7-10), amén que el día 30/09/2015, la médica de turno anota que la paciente esta “*hospitalizada por cirugía hepatobiliar (Dr. RICO) con diagnóstico de lesión de la vía biliar quien requiere nueva colangiografía para planificar cirugía de exceresis del sector lateral izquierdo del hígado, requiere de forma prequirúrgica soporte nutricional + terapia física prequirúrgica, se explica a la paciente quien afirma entender*” (archivo 001, folio 12); a partir de ese momento, se verifica también que la paciente continua internada en la CLINICA NUESTRA, de manera permanente y recibiendo las atenciones en salud ya mencionadas atrás, hasta su egreso definitivo el día 25/10/2015, resaltándose de aquellas atenciones dispensadas a NUBIA OBANDO, la concerniente a la ocurrida el día 24/07/2015, por cuanto en esa data, a la paciente, se le practica un procedimiento de laparotomía exploratoria, luego de practicado el examen de colangiografía, ordenado el 14/07/2015, practicado el 18/07/2015 y con reporte del 23/07/2015, procedimiento mencionado que tuvo como finalidad hacer un drenaje de biliperitoneo o bilioma por radiología, realizado el día 24/07/2015, con la anotación añadida sobre que: “*no fue posible realizar derivación por no visualización del hilio hepático por reacción fibrótica, informa el Dr. RICO que el paciente requiere recuperación nutricional y se realizará reconstrucción de la vía biliar en aproximadamente 3 meses. Se hospitaliza en UCI para reanimación guiada por metas*” (archivo 001, folio 54).

Además, y conforme ya se analizó anteriormente, en la declaración del testigo técnico, Dr. JUAN MANUEL RICO, aquel señaló razones relacionadas con el estado de la evolución de la paciente, como lo referido a acumulación de bilis alrededor del hígado, inflamación severa y el estado nutricional de aquella, que conllevaba a la necesidad de esperar de 2 a 3 meses para realizar la cirugía de reconstrucción biliar, y asegurar el éxito de esta, como efectivamente así ocurrió, dado que incluso la misma paciente lo reconoció en su declaración.

En ese orden de cosas, aplicando las reglas de la experiencia y el sentido común, y a falta además de prueba en contrario, el despacho concluye (i) que la salida temporal de la paciente de la institución CLINICA NUESTRA, no obedece a una omisión o un actuar contrario a la pauta de la *lex artis ad hoc*, debido a que acontece por una decisión del médico tratante Dr. RICO, tomada ante el estado de evolución favorable de la paciente para ese momento, que encuentra respaldo en la historia clínica, ni influye esa circunstancia en el desarrollo posterior del tratamiento de salud brindado a la paciente, por cuanto (ii) al ingresar nuevamente al centro hospitalario existe indicación de la necesidad de preparar la cirugía de reparación, por el estado nutricional de la paciente y de adelantar una terapia física prequirúrgica, amén que (iii) el momento en que finalmente se hace el procedimiento de reconstrucción biliar, no aparece relacionado en principio con omisiones injustificadas del personal de salud de aquel ente hospitalario, o de negligencias administrativas de la EPS COMFENALCO, a la que estaba afiliada la paciente, sino que encuentra respaldo en el referido estado fisiológico de la paciente y una complicación surgida con el dren dejado a ésta, que obligó a adelantar un procedimiento especial para su corrección, en el que tampoco se pudo avanzar en la reparación biliar, conforme se indica en la nota respectiva (24/07/2015), al igual que así lo mencionó igualmente el Dr. RICO en el testimonio rendido en el proceso; (iv) unido a lo anterior, es menester apuntar, y con relación al tiempo en que se hizo la cirugía de reparación biliar y hepatobiliar, la cuestión que no resulta tampoco tardía o injustificable a la luz de la *lex artis*, pues auscultada la literatura médica, como aparece en el documento aportado al proceso (LESIONES IATROGENICAS DE LAS VÍAS BILIARES; archivo 002, folio 286), puede afirmarse que no sobrepasó el plazo previsto en términos generales de 4 a 6 semanas, y teniendo en cuenta, se repite, las circunstancias especiales presentadas con la evolución del estado clínico de la paciente. En el citado escrito, se menciona:

En caso se haya producido una estenosis de la vía biliar, posterior a la colecistectomía, esta debe ser reparada por un cirujano biliar después de 4 a 6 semanas, una vez que la fístula biliar externa se haya cerrado ⁽⁴³⁾. El tratamiento endoscópico debe tener como objetivo la inserción de múltiples stents, tantos como sea posible, sin dejar una cicatriz en los conductos biliares ⁽⁴⁴⁾. El empleo simultáneo del tratamiento endoscópico (CPRE) y la laparoscopia se ha asociado con una rápida y completa recuperación de los pacientes ⁽⁴⁵⁾.

Complementariamente, debe mencionarse, acerca de que si bien en la demanda, se alega que la paciente NUBIA OBANDO, por la mala praxis generada en la cirugía de colecistectomía por laparoscopia, se le han generado una serie de trastornos en su salud, allí descritos: ABDOMEN AGUDO; BILIOPERITONEO; COLECCIÓN SUPRAHEPÁTICA IZQUIERDA; NECROSIS DEL COLEDOCO Y VÍA BILIAR; SEPSIS DE ORIGEN ABDOMINAL; TRASTORNO HIDROELECTROLITICO; TRASTORNO ACIDO BÁSICO; DERRAME PLEURAL MASIVO; DESNUTRICIÓN PROTEICOCALORICA; CAQUEXIS LIPODISTRÓFICA; SÍNDROME ANÉMICO; Y, POLIOTRANSFUSIONES, sumado que a consecuencia de esas graves lesiones en su humanidad, no pudo continuar con su vida normal, puesto que alega que debe *“tomar medicamentos de por vida y ha quedado una perturbación física de carácter permanente”*, lo cual motiva el reclamo indemnizatorio tasado en aquel libelo introductor; también lo es, que los referidos trastornos aparecen relacionados en la historia clínica de la entidad CLINICA NUESTRA, como síntomas que presenta la paciente durante el desarrollo de la atención hospitalaria allí dispensada y conforme al estado de salud que iba presentado en su evolución, y conforme a la patología presentada, por lo que no es posible en principio, y sin prueba suficiente, determinar que obedezcan a una deficiente atención médica; de igual manera, en lo relacionado

con la presunta afectación de su calidad de vida, posterior a la finalización del tratamiento médico recibido, a raíz de la lesión de la vía biliar, que comprende entonces la cirugía de reconstrucción o reparación biliar, resulta totalmente ausente su acreditación en el proceso por los reclamantes.

Sobre esto último, adicionalmente, es menester señalar, que la paciente NUBIA OBANDO, en su declaración manifiesta, y sumado, se insiste, a precisar que “está viva”, por aquella intervención practicada exitosamente por el Dr. RICO, la circunstancia alusiva a no estar en un tratamiento médico actual y derivado de la cirugía última en comento, cuestión que se corrobora también con la historia clínica de la entidad CLINICA NUESTRA, aportada al proceso, porque en ella aparece una última atención de control efectuada por el Dr. Rico (07/04/217; archivo 001, folio 5), en la que el galeno reporta que la paciente NUBIA OBANDO se encuentra en buenas condiciones generales, con excelente evolución a un año y medio, y con la indicación de necesidad de controles seriados por el mismo equipo que la operó durante 7 años; aunado a ello, se encuentra que en la literatura médica antes trascrita, respecto a la calidad de vida de pacientes sometidos a procedimientos de esa naturaleza, la conclusión general apunta a la inexistencia de una afectación de esas condiciones; en aquel estudio, se señala:

“Calidad de vida

Hasta ahora solo existen 4 estudios en la literatura sobre calidad de vida tras LIVB con resultados no homogéneos¹³⁴⁻¹³⁷. El más reciente afirma que la calidad de vida no se afecta en pacientes que sobreviven a una LIVB¹³⁸.”.

Por ende, la ocurrencia de lo contrario demandaba su acreditación plena por la accionante NUBIA OBANDO, lo cual tampoco aconteció en el proceso.

CONCLUSION

Analizado en conjunto el referido material probatorio, bajo las reglas de la experiencia, el despacho concluye que no se comprobó el fundamento de la responsabilidad civil médica deprecada, referido a la culpa en la actuación del galeno demandado, como del restante personal de salud de las entidades médicas igualmente demandadas, al igual que la verificación de una debida diligencia y cuidado de aquellas organizaciones demandadas en la atención de la afiliada NUBIA OBANDO, al descartarse errores de diagnóstico, impericia en el tratamiento médico recibido y demoras injustificadas en la atención recibida, ya que se encontró que las actividades desplegadas por la totalidad de los accionados, resultan adecuadas al estándar exigible de conducta a los profesionales de la salud, denominada *lex artis ad hoc*, por lo que el hecho dañoso presentado en la salud de la paciente (lesión corporal sufrida en la intervención quirúrgica a la que fue sometida, con sus síntomas asociados padecidos por la paciente), no tiene como causa adecuada, una actividad impropia desplegada por el referido personal de salud, lo que descarta asimismo el otro condicionamiento exigido para configurar la mencionada responsabilidad, concerniente a la relación de causalidad, por no provenir aquel daño de un actuar alejado se itera del estándar de diligencia exigible a los profesionales de la salud en general.

Lo anterior, conlleva a negar las pretensiones formuladas en la demanda, puesto que resultan probadas las excepciones de mérito alegadas por los demandados, en ese sentido (arts. 281 y 282 CGP), y denominadas de la siguiente manera:

- JORGE PRIETO PEÑUELA: ausencia de culpa por obrar con diligencia y cuidado; ausencia de nexo de causalidad-procedimiento ajustado a la lex artis; y, riesgo inherente-alea terapéutica.
- COMFENALCO VALLE DE LA GENTE: Cumplimiento contractual por parte de la entidad promotora de salud Comfenalco Valle con la señora Nubia bando; inexistencia de la responsabilidad por cumplimiento de la obligación de la autorización del servicio de salud por parte de la EPS de Comfenalco Valle; inexistencia de responsabilidad de acuerdo con la ley; e inexistencia de nexo de causalidad entre las atenciones en salud autorizadas por Comfenalco Valle y el supuesto daño antijurídico.
- CLINICA NUESTRA: acto médico con pertinencia, diligencia y cumplimiento de protocolos; inexistencia de responsabilidad de la sociedad N.S.D.R S.A.S; inexistencia de los elementos propios de la responsabilidad; y, obligación de medios y no de resultados por parte de la sociedad N.S.D.R S.A.S – CLÍNICA NUESTRA en la atención brindada a la paciente.

Consecuentemente, en atención a la anunciada absolución de los demandados, por carencia actual de objeto o sustracción de materia, sumado a la aplicación del principio de la economía procesal, no hay lugar a resolver en esta sentencia sobre la relación jurídica planteada por varios integrantes de aquel extremo pasivo, al llamado en garantía AXA COLPATRIA SEGUROS SA (art. 64 ibídem).

Finalmente, en cuanto a la condena en costas procesales al demandante, habrá lugar a ello por resultar vencido en el proceso (numeral 1º del art. 365 del CGP).

DECISION

En mérito de lo expuesto, el JUZGADO PRIMERO CIVIL DEL CIRCUITO DE CALI, en nombre de la República de Colombia, y por autoridad de la ley,

RESUELVE:

1. DECLARAR probadas las excepciones de mérito formulados por los demandados, denominadas: ausencia de culpa por obrar con diligencia y cuidado; ausencia de nexo de causalidad-procedimiento ajustado a la lex artis; riesgo inherente-alea terapéutica; cumplimiento contractual por parte de la entidad promotora de salud Comfenalco Valle con la señora Nubia bando; inexistencia de la responsabilidad por cumplimiento de la obligación de la autorización del servicio de salud por parte de la EPS de Comfenalco Valle; inexistencia de responsabilidad de acuerdo con la ley; inexistencia de nexo de causalidad entre las atenciones en salud autorizadas por Comfenalco Valle y el supuesto daño antijurídico; acto médico con

pertinencia, diligencia y cumplimiento de protocolos; inexistencia de responsabilidad de la sociedad N.S.D.R S.A.S; inexistencia de los elementos propios de la responsabilidad; y, obligación de medios y no de resultados por parte de la sociedad N.S.D.R S.A.S – CLÍNICA NUESTRA en la atención brindada a la paciente, y conforme lo considerado anteriormente.

2. NEGAR las pretensiones de responsabilidad civil médica formuladas en la demanda que origina este proceso.

3. CONDENAR a los demandantes al pago de las costas procesales a favor de los demandados. Se tasan las agencias en derecho, en la suma equivalente a 2 SMLMV (ACUERDO No. PSAA16-10554 de 2016).

4. ARCHIVAR el expediente en su oportunidad.

NOTIFÍQUESE y CÚMPLASE

El Juez,



ANDRÉS JOSÉ SOSSA RESTREPO

Juzgado 1o Civil del Circuito de Oralidad

Secretaria

Cali, 10 DE SEPTIEMBRE DEL 2021

Notificado por anotación en el estado No. 150_
De esta misma fecha

Guillermo Valdés Fernández

Secretario