

S-2021

Procedimiento: Ordinario –Responsabilidad Médica
Demandante: Ricardo Abel Holguín Vargas y Otros
Demandada: EPS Saludcoop y otra
Radicado: 05001-31-03-017-2011-0567-00
Asunto: Confirma sentencia de primera instancia

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

Medellín, cinco (05) de octubre del dos mil veintiuno (2021).

La Sala emite la providencia que resuelve el recurso de apelación interpuesto por la parte demandante, contra la sentencia proferida por el Juez Cuarto Civil del Circuito de Descongestión de Medellín (Antioquia), el pasado cuatro (04) de mayo de 2015, en el proceso de la referencia, promovido por Ricardo Abel Holguín Vargas, Luz Marleny Moná Ruiz en nombre propio y en representación de su hija menor Yulieth Holguín Moná, en contra de SALUDCOOP EPS y CORPORACION CLINICA SALUDCOOP MEDELLIN. Labor jurisdiccional que se acomete en el siguiente orden,

I. ANTECEDENTES

1. El día 11 de agosto de 2011, los citados demandantes presentaron demanda con pretensión declarativa de responsabilidad civil, para que, a través del procedimiento ordinario, los demandados fueran condenados a pagar los perjuicios ocasionados a raíz de la falla en la atención médica brindada el 27 de mayo de 2008 en la clínica Juan Luis Londoño Cuesta al señor Ricardo Abel Holguín Vargas, condena que según la demanda debe ser por la suma equivalente a 50 smlmv para Ricardo Abel Holguín y 25 smlmv para las restantes demandantes a razón perjuicios morales, así como los daños a la vida de relación sufridos por aquel demandante, los cuales tasó en 50 smlmv.

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

2.1 Que el señor Ricardo Abel Holguín Vargas ya venía presentando antecedente desde hace 9 años por urolitiasis izquierdo con litotripsia y para el día 27 de mayo

de 2008, sufrió cólico renal izquierdo, por lo que se dirigió al servicio de consulta a la Clínica Juan Luis Londoño, en donde fue atendido por el Dr. Diego Gallego, quien ordena una urografía excretora al paciente que presentaba CÁLCULO RENAL.

2.2. Que el día 23 de junio del 2008 el paciente fue atendido por el urólogo Dr. Carlos Alberto Uribe Trujillo, quien revisa resultados de la urografía, con diagnóstico de ***“cálculo pielico izq.4 cms y de polo inferior hay hidronefrosis severa del riñón, pero con función”***; sin que en la historia clínica aportada aparezca orden de remisión a la clínica Las Vegas, institución médica donde se le realizó el procedimiento ordenado por el galeno, allí, el día 01 de agosto del 2008 ingresó el paciente para la realización de dicha cirugía por parte del Dr. Juan Diego Arango, habiéndose hecho una descripción de la cirugía practicada, donde no se evidencia la firma legible del funcionario y tampoco el sello de la institución médica, de igual manera, para la fecha comprendida entre el 02 al 05 de agosto del 2008, se hace seguimiento de evolución y se da un informe en el que se indica su buen estado de salud. Que, para el 15 de agosto de 2008 ingresa nuevamente el paciente a la clínica las vegas, por lo cual, se le ordenó cirugía y se realiza consentimiento informado bajo formato de la clínica Las Vegas, indicando como entidad responsable de la cirugía a la EPS SALUDCOOP, cirugía a cargo del galeno Juan Diego Arango.

2.3. Que, el 17 de agosto de 2008 se le realiza una radiología intervencionista por el médico radiólogo Luis Alberto Cruz, mientras que para el 18 de agosto de 2008 se hace un registro en la historia clínica por parte de urología, informando la evolución del estado de salud del paciente.

2.4. Que el 21 de agosto del 2008, el señor Holguín consulta nuevamente por urgencias en la clínica Las Vegas por dolor abdominal y región renal, en la que aparece firmando como médico general el Dr. Oscar Javier González López. El 24 de agosto, se lleva al paciente a cirugía con autorización del jefe de enfermería -sin orden física-, toda vez que es una urgencia vital y no requiere de la misma, pero se evidencia que no hay firma legible ni sello, pero se destaca que para la fecha anteriormente mencionada el paciente es revisado por urología y se tiene

comunicación con el intervencionista radiólogo Dr. Cruz, quien da informe y propone al afectado y su familia un drenaje.

2.5. Afirma el apoderado de la parte actora que, en cada uno de los tratamientos que le realizaron en cada una de las entidades demandadas, se evidencia falta de diligencia y cuidado en cada tratamiento que se le practicó, ya que nunca se obtuvo de él un consentimiento informado previo a las intervenciones quirúrgicas a las que fue sometido. Que el documento no pasa de ser un formato prediseñado, donde los riesgos propios de cada acto quirúrgico no se consignaron, incumpliendo las obligaciones prescritas en los artículos 15 y 16 de la ley 23 de 1981.

2.6. Que se evidencia falta de oportunidad en la atención brindada al paciente, en tanto que, la primera remisión se ordenó el 25 de mayo de 2008 y terminó con la nefrectomía practicada el mes de marzo de 2009, por lo que –según los demandantes–, la tardanza en el manejo quirúrgico que necesitaba el paciente lo llevó a un estado de salud irreversible.

2.7. Que tanto el señor Holguín Vargas como su familia, acusa sufrimiento moral y considera que dicho daño se ocasionó por la negligencia e imprudencia de las personas jurídicas accionadas, las cuales generaron un daño inmaterial, en la modalidad de daño a la vida de relación y daño moral.

3. Actuación procesal. El Juzgado Diecisiete Civil del Circuito de Medellín admitió la demanda mediante providencia del día 17 de agosto de 2011, (cfr. fl. 258, c. ppal.), misma que fue notificada a la parte demandada, quien la contestó oportunamente de la forma como pasa a precisarse.

4. Contestación a la demanda. La IPS demandada reconoció la vinculación del señor Ricardo Abel Holguín a través de la EPS Saludcoop, demandada en este proceso e hizo la salvedad que no le constaba la evolución del paciente, cuyo manejo tuvo lugar en clínicas ajenas a la Corporación IPS Saludcoop- Clínica Juan Luis Londoño de la Cuesta. Agregó, que las alegaciones en torno a la falta de consentimiento informado no son criterios de imputación en contra de la IPS

demandada, toda vez esta no ejecutó ninguno de los procedimientos quirúrgicos que describe el actor en su demanda.

Formuló las excepciones que se dio en llamar: **i)** inimputabilidad del pronóstico de la enfermedad de base del paciente a la coporación IPS Saludcoop-Clínica Juan Luis Londoño de la Cuesta; **ii)** inexistencia de obligación de resultado, exigencia de obligación de medios en el acto médico y quirúrgico realizado por la I.P.S.; **iii)** cumplimiento de las obligaciones contractuales y legales por parte de la IPS Saludcoop Clínica Juan Luis Londoño de la Cuesta; **iv)** falta de relación de causalidad entre los perjuicios y los actos médicos ejecutados por la IPS Saludcoop Clínica Juan Luis Londoño de la Cuesta; **v)** falta de legitimación en la causa por pasiva de la IPS Saludcoop Clínica Juan Luis Londoño de la Cuesta y **vi)** la genérica.

4.1. Por su parte, la **EPS Saludcoop**, adujo que no le constaba nada de lo narrado por los demandantes, en tanto que, los eventos en que se involucre la evolución clínica del paciente, son actos médicos en los cuales no ejerce ningún tipo de participación en su ejecución, por lo cual deben ser verificados con apoyo estricto en la historia clínica que el prestador de servicios de salud IPS-CLINICA LAS VEGAS haya edificado a través de su equipo de médicos.

Luego de oponerse a las pretensiones, formuló las excepciones que se dio en llamar: **i)** cumplimiento de obligaciones contractuales por parte de la EPS Saludcoop; **ii)** discrecionalidad científica que no responsabiliza a la EPS Saludcoop por los actos médicos quirúrgicos que ejecuta su red de servicios; **iii)** falta de participación en el acto médico quirúrgico y el control post-operatorio de la EPS Saludcoop; **iv)** inexistencia de la relación de causalidad y la, **v)** genérica.

4.2. Llamamiento en garantía. Seguidamente, la EPS Saludcoop, aduciendo que existía un derecho legal para llamar en garantía a la Clínica las Vegas S.A., como causante del presunto daño que alega el demandante, invocó dicha figura ante el señor juez de la primera instancia, para que, en caso de una eventual sentencia condenatoria, la convocada fuera obligada a reembolsarle las sumas a que resultara condenada.

Dicho llamamiento fue admitido el día 1 de octubre de 2011, llamada en garantía que recordó cómo quien atendió al paciente fue el galeno Juan Diego Arango y, por ahí mismo, frente al llamamiento en garantía, formuló las siguientes excepciones: **i)** Ausencia de culpa por parte de Inversiones Médicas de Antioquia; **ii)** Ausencia de nexo causal como elemento estructural de la responsabilidad civil médica; **iii)** improcedencia del llamamiento en garantía.

4.3. A su turno, la entidad Inversiones Médicas de Antioquia S.A., en virtud de la póliza de responsabilidad civil número 2901308000042, llamó en garantía a la aseguradora Mapfre Seguros Generales de Colombia S.A., para que, en caso de una eventual sentencia condenatoria, la convocada fuera obligada a reembolsarle las sumas que tuviera que asumir.

Dicho llamamiento fue admitido el día 09 de abril de 2012, entidad que coadyuvó los argumentos y excepciones formuladas por Inversiones Médicas de Antioquia S.A. y, por ahí mismo, frente a la demanda principal, formuló las siguientes excepciones: **i)** ausencia de culpa; **ii)** ausencia de nexo causal; **iii)** culpa del demandante; **iv)** tasación excesiva del perjuicio y **v)** falta de legitimación en la causa por activa. De otro lado, frente al llamamiento en garantía, formuló las excepciones que se dio en llamar: **i)** límite asegurado; **ii)** deducible y **iii)** prescripción.

4.4. En ese mismo orden, la entidad hospitalaria Inversiones Médicas de Antioquia S.A., llamó en garantía al Dr. Juan Diego Arango, quien a su turno llamó en garantía a la Sociedad Colombiana de Anestesiología, no obstante, dichos llamamientos fueron desistidos en el transcurso del proceso.

5. La sentencia apelada. Fenecido el trámite del proceso previsto en el C. de P. C., incluido la práctica de pruebas y los alegatos de conclusión, el Juzgado Cuarto Civil del Circuito profirió sentencia el pasado 04 de mayo de 2015, en donde desestimó las pretensiones de la demanda.

En tal dirección, al retomar el contenido de la providencia impugnada que negó las pretensiones del libelo introductorio del proceso, se acentúa que el argumento

cardinal del juez a quo radicó en que no se acreditó que las demandadas en ejercicio de su actividad profesional, faltaran a la *lex artis*, como para deducir con certeza un actuar culposo de su parte, por no haberse demostrado la falta de prestación oportuna de los servicios médicos requeridos por el paciente y, agregó que, contrario a lo afirmado por el demandante, se acreditó que el paciente si otorgó el consentimiento informado, previo a las prácticas de las intervenciones quirúrgicas a las que se sometió.

Dicho colofón lo respaldó al abordar el estudio de la documental aportada al proceso, realizando un análisis temporal de las atenciones consignadas en la historia clínica y brindada en las diferentes entidades hospitalarias, las cuales, según el dispensador de justicia, se practicaron atendiendo los protocolos de atención conforme a la patología sufrida por el paciente, para lo cual advirtió que la reseña de la historia clínica por sí sola no evidencia el actuar negligente predicado de las entidades demandadas y mucho menos resulta responsabilidad de la sola afirmación en el sentido que hubo demoras en la práctica de exámenes médicos, sin determinar cuáles, lo que no brindaba la certeza necesaria para endilgar un actuar culposo a la parte pasiva; además, el mismo juez a quo destacó cómo el señor Ricardo Abel Holguín sí otorgó consentimiento informado a los profesionales de la salud que lo atendieron.

6. El recurso de apelación. La parte demandante apeló la sentencia de primera instancia. Su inconformidad radicó principalmente, en que no compartía la decisión, en tanto que no se analizó por parte del a quo la prueba para deducir una falta de prestación oportuna de los servicios médicos al paciente. Que luego de hacer un análisis detallado de la historia clínica, se hace evidente una pérdida de oportunidad de la que fue objeto el señor Ricardo Holguín, en cuanto al retardo o tardanza en la prestación del servicio en salud que empezó en la primera remisión ordenada el 25 de mayo de 2008 y que finalizó con la nefrectomía realizada al paciente en el mes de marzo de 2009, agravación del daño que bien pudo evitarse en un paciente joven como el señor Holguín.

Que la responsabilidad de seguridad durante la estancia hospitalaria es responsabilidad directa de la IPS que prestó el servicio. Advirtiendo que no hay que

ser médico para determinar que la falta de un procedimiento oportuno, por ejemplo: toma de imágenes, tratamiento y remisión efectiva a profesionales especializados, fueran las causas únicas e inevitables al daño causado en la salud del señor Holguín Vargas.

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

II. CONSIDERACIONES

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

2. Sobre el procedimiento. Conviene advertir de manera preliminar que con la entrada en vigencia del C. G. del P., se le dio paso a la aplicación de una ultractividad excepcional a las normas derogadas del Código de Procedimiento Civil, en cuanto a las actuaciones y diligencias ya iniciadas -art. 625-, por tal razón, como cuando el C. G. del P. entró en vigencia, ya se había interpuesto el recurso de apelación el 15 de mayo de 2015, contra la sentencia que puso fin a la primera instancia, notificada por edicto del 12 de mayo de esa anualidad, es por lo que éste se rige por el C. de P. C., en lo que tiene que ver con la resolución de mérito del mismo.

Antes de resolver el recurso, veamos algunas breves consideraciones sobre el instituto jurídico en cuestión.

3. En la prestación del servicio médico ofrecido por el SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD (SGSS) intervienen, entre otros: **3.1. Las EPS** que “son las entidades responsables de la afiliación, y el registro de los afiliados y

del recaudo de sus cotizaciones, por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía. Su función básica será organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del Plan de Salud Obligatorio a los afiliados y girar, dentro de los términos previstos en la presente Ley, la diferencia entre los ingresos por cotizaciones de sus afiliados y el valor de las correspondientes Unidades de Pago por Capitalización al Fondo de Solidaridad y Garantía, de que trata el título III de la presente Ley.”

Específicamente están obligadas, según el artículo 178 de la ley 100 de 1993 a: **3. Organizar la forma y mecanismos a través de los cuales los afiliados y sus familias puedan acceder a los servicios de salud en todo el territorio nacional (...) 6. Establecer procedimientos para controlar la atención integral, eficiente, oportuna y de calidad en los servicios prestados por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.**

Además, según el artículo 156 ib. a: e) *Las Entidades Promotoras de Salud tendrán a cargo la afiliación de los usuarios y la administración de la prestación de los servicios de las Instituciones Prestadoras. Ellas están en la obligación de suministrar, dentro de los límites establecidos en el numeral 5 del artículo 180, a cualquier persona que desee afiliarse y pague la cotización o tenga el subsidio correspondiente, el Plan Obligatorio de Salud, en los términos que reglamente el gobierno.*

Todas las EPS tienen la obligación de contar -como parte de la red asistencial-, con una red de prestadores de servicios debidamente acreditada, propia o contratada, pública o privada, que garantice las atenciones en salud. Los ciudadanos pueden acoger libremente la EPS que deseen y los servicios de salud serán prestados por una IPS.

3.2. Las IPS que son las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, (hospitales, clínicas, centros de salud, consultorios, laboratorios, etc.) contratadas por la EPS o de su grupo. El usuario puede escoger la IPS de su elección, dentro de la lista que le ofrece la EPS. También puede suceder que una IPS que no le pertenece, ni con la cual tenga contrato previo la EPS, le presta el servicio de salud al afiliado a la EPS.

3.3. El médico que es la persona natural que tiene como profesión la medicina y presta un servicio, obvio, profesional dirigido a mantener y recuperar la salud humana mediante el estudio, el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad o lesión del paciente.

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

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

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

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

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

“...Ese contenido específico de la medicina impone que el “hacer” profesional del médico se integre con los métodos, técnicas y procedimientos establecidos por la ciencia médica, desarrollando una conducta acorde con la misma, sin perjuicio de la discrecionalidad científica que le permite optar entre distintas alternativas que la medicina admite, conforme el desarrollo científico progresivo ...” “... De allí que el médico solo satisface (cumple jurídicamente) su prestación, mediante una actividad técnica y científicamente adecuada, que normal y ordinariamente pueda conducir a cierto resultado, aunque este no pueda garantizarse...” “...Si el médico actúa conforme a un criterio de discrecionalidad científica, optando por alguna de las variables objetivamente idóneas de acuerdo a las reglas de la medicina y conforme a la adecuación de las circunstancias en concreto, no introduce causalidad alguna para la producción del daño...”¹

6. Derecho al diagnóstico. En cuanto la atención adecuada del paciente, no puede pasarse por alto -ya sea el paciente quien busque al médico o que le sea asignado por el sistema de salud-, que a partir de ese primer contacto, si el médico acepta el contrato, queda obligado primeramente a someter al enfermo a una completa anamnesis, esto es, debe auscultar todos los antecedentes de salud y los síntomas actuales que le sirvan para evaluar el caso, pasando a interrogarlo sobre sus dolencias, escribirlas en la historia clínica y de ahí proseguir con un examen clínico o a través de los sentidos, como, por ejemplo, frente a un cuadro de infección renal y dolor agudo en la zona renal, a lo que se suman los antecedentes del paciente, debía asumirse la posibilidad de cálculos renales –como aquí sucedió-, pero sólo si el médico estima –de acuerdo con la ciencia médica-, que requiere de exámenes diagnósticos, deberá ordenarlos (se realizaron exámenes de imagenología tales como ecografías renales, cistoscopias y manejo con antibióticos, además de otras ayudas diagnósticas como creatinina, urografía excretora y se mantuvo un monitoreo de la sonda de nefrostomía percutánea por la especialidad de radiología) y, luego de esos resultados, producir un diagnóstico, que puede ser provisional, sin importar que finalmente resulte certero o no.

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

Hasta aquí podemos concluir, que primeramente existe una valoración inicial o diagnóstico clínico del médico, que no necesariamente es definitiva, pues a partir de ese primer diagnóstico empieza una planeación estratégica para tratar la enfermedad provisionalmente diagnosticada, y luego de una observación, el médico podrá, hacia el futuro, según la evolución positiva o negativa del paciente, mantener el diagnóstico y el tratamiento o replantearlos, ordenando nuevos exámenes para acercarse a la causa real de la enfermedad, lo que explica por qué desde el primer momento el diagnóstico puede no ser acertado y eso no conlleva *per se* a un error médico que pueda responsabilizar al galeno, a quien sólo se le exige que -de acuerdo con los síntomas y evidencias de una posible enfermedad que presenta el paciente-, le preste la atención debida, examinándolo exhaustivamente, para luego, si la ciencia médica o la *lex artis* se lo exige, ordenarle los exámenes diagnósticos que sean obligados o mandatorios para el descubrimiento de la enfermedad, que le permitan al galeno hacer un diagnóstico correcto desde el punto de vista médico y así poder fijar un tratamiento adecuado con la enfermedad padecida.

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

Y es que no es un secreto el desafío que presenta cada día la ciencia médica a los profesionales que la practican; por consiguiente, al médico no puede exigírsele que emita un diagnóstico certero, sino que de acuerdo con la ciencia médica, lo que siempre deberá exigírsele es que haga un diagnóstico correcto, esto es, que su diagnosis sea adecuada y esté acorde con los síntomas que el paciente presentaba en el momento de ser examinado, y cuando sea el caso, ayudándose de los

resultados que los exámenes diagnósticos arrojen, puesto que en uno y otro caso, esto es, frente al diagnóstico meramente clínico o al diagnóstico prevalido de otros exámenes, siempre habrá la posibilidad de error, de ahí que un diagnóstico errado no pueda conllevar -de buenas a primeras-, a la responsabilidad galénica.

Lo anteriormente dicho justifica que en ese tipo de responsabilidad galénica se exija la culpa probada, pues si todos los pacientes no suelen presentar los mismos síntomas o reaccionar de la misma manera, ni dentro del mismo tiempo frente a la misma enfermedad, luego, de esos hechos podría seguirse una equivocidad diagnóstica inicial o un diagnóstico tardío, por lo que hay razón en exigir que la responsabilidad culpable del médico se deba mirar desde el punto de vista de la ciencia médica, no para averiguar si finalmente fue acertado o certero en el diagnóstico, sino para averiguar si para llegar al diagnóstico el médico respetó los protocolos o pasos que la ciencia médica exige, claro está, teniendo en cuenta los síntomas percibidos en el paciente en el momento de su valoración clínica, independientemente de que al final el diagnóstico haya sido acertado y eficaz o no, pues en la cuenta del médico no puede cargarse el álea que implica la particular manifestación de la enfermedad de cada persona, y por eso no se equivocan quienes sostienen que **“no existen enfermedades sino enfermos”**, lo que conlleva a que todos los seres humanos no reaccionemos del mismo modo frente a la misma enfermedad.

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

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

“anamnesia”, vale decir, la recopilación de datos clínicos del paciente que sean relevantes.

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

*En todo caso, sobre el punto, la Corte debe asentar una reflexión cardinal consistente en que será el **error culposo** en el que aquel incurra en el diagnóstico el que comprometerá su responsabilidad; vale decir, que como la ciencia médica ni quienes la ejercen son infalibles, ni cosa tal puede exigírseles, sólo los yerros derivados de la imprudencia, impericia, ligereza o del descuido de los galenos darán lugar a imponerles la obligación de reparar los daños que con un equivocada diagnosis ocasionen. Así ocurrirá, y esto se dice a manera simplemente ejemplificativa, cuando su parecer u opinión errada obedeció a defectos de actualización respecto del estado del arte de la profesión o la especialización, o porque no auscultaron correctamente al paciente, o porque se abstuvieron de ordenar los exámenes o monitoreos recomendables, teniendo en consideración las circunstancias del caso, entre otras hipótesis. En fin, comprometen su responsabilidad cuando, por ejemplo, emitan una impresión diagnóstica que otro profesional de su misma especialidad no habría acogido, o cuando no se apoyaron, estando en la posibilidad de hacerlo, en los exámenes que ordinariamente deben practicarse para auscultar la causa del cuadro clínico, o si tratándose de un caso que demanda el conocimiento de otros especialistas omiten interconsultarlo, o cuando, sin justificación valedera, dejan de acudir al uso de todos los recursos brindados por la ciencia.*

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

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

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

7. Caso concreto. El tema que se presta para discutir, es que el recurrente pretende deducir responsabilidad civil médica contra la EPS Saludcoop y la IPS

Corporación Clínica Saludcoop, por los daños y perjuicios ocasionados al demandante y a su núcleo familiar, con ocasión del retardo en el tratamiento suministrado por la especialidad de Urología, siendo que, -según dice el recurrente- el diagnóstico de estenosis completo de la pelvis renal con infecciones severas reclamaba una urgente y apremiante atención médica.

El recurso de apelación enfila sus argumentos a señalar que: *“...se hace evidente la pérdida de la oportunidad de la que fue objeto el señor Ricardo Holguín en cuanto a la tardía prestación del servicio, apreciándose desde la primera remisión que se ordenó el **25 de mayo de 2008** y terminó con la nefrectomía realizada al paciente en el mes de **marzo de 2009**, episodio prevenible en un paciente joven como el señor Holguín. Se debe tener en cuenta que entre más tiempo se demore el manejo quirúrgico en un paciente con un diagnóstico como el presentado en el caso sub lite, la evolución de la enfermedad hará que la patología progrese hasta un estado irreversible siendo más pobre el pronóstico...”*

7.1. Por consiguiente, son éstos y no otros los aspectos que demandan la atención de la Sala, como que lo resuelto en la sentencia respecto del consentimiento informado no fue discutido ni reprochado sino aceptado en esta instancia, pues, al respecto el censor reconoce que si bien *“...se informó **como riesgo específico en el consentimiento informado**...”*, no obstante *“...se debe mencionar como evento adverso evitable, si HUBIESE EXISTIDO UNA ATENCIÓN OPORTUNA (...) no se debe ser médico para determinar que la falta de un procedimiento oportuno, toma de imágenes diagnósticas, tratamiento y remisión efectiva a profesionales especializados, fueran la causas UNICAS Y EVITABLES al daño causado en la salud del señor HOLGUÍN VARGAS...”* (cfr. fl. 12 cd. 10), lo que demuestra la inconformidad de las partes sobre lo decidido frente a tal tópico, estableciendo de esta manera un infranqueable lindero para la segunda instancia.

7.2. Al reevaluarse entonces cronológicamente las anotaciones de los actos médicos vertidos en la historia clínica, lo que inicialmente debe focalizar la atención de la Sala, es que la historia de la función renal del riñón izquierdo del impulsor del proceso, da cuenta que, desde el año **1999** se le inició un tratamiento, en torno a los diagnósticos de *“...urolitiasis y hematuria ...”*.

En efecto, según la literatura médica disponible en el mundo cibernético: “...La **urolitiasis** es la presencia de cálculos (litiasis, masas duras, “piedras”) en la vía urinaria (riñones, uréteres y vejiga) capaces de provocar dolor, obstrucción, hemorragia o infección...”² en tanto que, la Hematuria corresponde a “...la presencia de sangre en la orina se denomina hematuria. La cantidad puede ser muy pequeña o detectarse sólo con exámenes de orina o bajo un microscopio. En otros casos, la sangre es visible. A menudo, vuelve el agua del inodoro de color rosa o rojo o usted puede observar manchas de sangre en el agua después de orinar. **Causas.** Existen muchas causas potenciales para la presencia de sangre en la orina. La orina con sangre puede deberse a un problema en los riñones o alguna otra parte de las vías urinarias, como: Cáncer de la vejiga o de los riñones [Infección en la vejiga](#), los riñones, la próstata o la [uretra](#) Inflamación de la vejiga, la uretra, la próstata o el riñón ([glomerulonefritis](#)); Lesión en el riñón o la vejiga [Cálculos renales](#) o [cálculos en la vejiga](#); Enfermedad renal después de una faringitis estreptocócica ([glomerulonefritis posestreptocócica](#)) una causa común de sangre en la orina en los niños Insuficiencia renal; [Poliquistosis renal](#) Procedimiento reciente en las vías urinarias, como cateterismo, circuncisión, cirugía o [biopsia del riñón](#)...”³

7.3. Ahora bien, los procedimientos practicados al señor Holguín Vargas revelaron posteriormente que, cuando consultó en el año **2004** en la Clínica las Vegas, (cfr. fl. 14 cd. ppal) estaba siendo tratado con una sonda de nefrostomía percutánea, debido a la obstrucción que presentaba en el flujo de la orina por el cálculo renal, al respecto, registra la historia clínica “...observaciones: trae sonda de nefrostomía; endoscopia uretral: conectado bolsa suero; drenando orina clara.”, circunstancia que llevó a los médicos a controlar dicha sintomatología con técnicas de drenaje y con antibiótico, concretamente la ciprofloxacina.

7.4. En efecto, entre el **25 de mayo de 2008 y marzo de 2009**, que es el periodo dentro del cual señala el impulsor del proceso que le fue retardado el tratamiento por parte de la EPS, encuentra el Tribunal según la historia clínica, que el paciente Holguín Vargas estaba diagnosticado con “...**Quiste pélvico derecho-Nefrolitiasis-Hidrofenosis izquierda...**”, confirmada por el grupo interdisciplinario

² Dr. Eduardo Martín Osés. Referente en Urología, con más de veinte años de experiencia. El Dr. Martín dirige la Unidad de Urología de la Clínica Ruber de Madrid. Es experto en cáncer de próstata, vejiga y riñón, tratamiento de la litiasis Urinaria, hiperplasia prostática benigna y disfunción eréctil. Es pionero en España en la utilización del láser verde para el tratamiento de la hiperplasia prostática benigna (HBP).

³ Enciclopedia Médica <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003138.htm>

que lo atendió en cada una de sus consultas -urólogo radiólogo, cirujanos- y que se tuvo como **asociada a proceso obstructivo en la unión pieloureteral**. Y es que, como según lo explica la ciencia médica en la especialidad de la urología, cuando se padecen cálculos renales que logran obstruir el flujo de la orina “...si la obstrucción es unilateral, es muy factible que el otro riñón pueda suplir la función del órgano que está comprometido y el paciente pueda seguir orinando, **pero la obstrucción permanente de un riñón por algunas semanas irá generando un deterioro en la función del riñón comprometido que puede llegar a ser irreversible**. Otra complicación que se genera con la obstrucción de un riñón, es la **mayor probabilidad de desarrollar una infección urinaria** que en este contexto podría rápidamente desencadenar un cuadro séptico”. Además, se aclara que “...todo lo señalado anteriormente es en el contexto de litiasis obstructivas a nivel ureteral, pero en el caso de las litiasis coraliformes (cálculos renales con forma de coral) estos **habitualmente están colonizados con bacterias, generando un proceso inflamatorio crónico del riñón que lentamente va deteriorando su función hasta generar su exclusión** o un cuadro infeccioso grave (...) **en el contexto de litiasis complicadas y asociadas a infección urinaria o que provoquen falla renal, esta acumulación de toxinas puede comprometer rápidamente la función hepática, circulatoria y finalmente neurológica, poniendo en riesgo la vida del paciente...**”.⁴

7.5. La relevancia de las anotaciones vertidas en la historia clínica, cobran trascendencia de cara a establecer que el señor Holguín Vargas, desde el año 1999 era atendido por el mismo problema en su sistema urinario, concretamente el flujo de la orina, el cual ya venía siendo obstruido por un “...cálculo pielico izq de 4 cm y de polo inferior...” (cfr. fl. 34 cd. ppal), mismo que posteriormente desencadenó en una hidronefrosis severa, la cual consiste en “...la hinchazón de uno o ambos riñones. La hinchazón del riñón ocurre cuando la orina no puede drenar de un riñón y se acumula en el riñón como resultado. Esto puede ocurrir por una obstrucción en los tubos que drenan la orina de los riñones (uréteres) o por un defecto anatómico que no permite que la orina drene adecuadamente...”⁵

7.6. Se lee que fechas previas a agosto del 2008, se realizaron exámenes de imagenología tales como ecografías renales, cistoscopias y manejo con

⁴ <https://www.davila.cl/calculos-renales-riesgos-y-consecuencias/>

⁵ <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/hydronephrosis/cdc-20397563>

antibióticos, además de otras ayudas diagnósticas como creatinina, urografía excretora y se mantuvo un monitoreo de la sonda de nefrostomía percutánea por la especialidad de radiología. Así mismo, se observa en la anotación de la evolución del tratamiento, que al paciente, el 01 de agosto de 2008, se le intentó extraer el cálculo, procedimiento llamado nefrolitotomía percutánea aconsejada por la ciencia médica ante “...cálculos renales grandes **que obstruyen más de una rama del sistema de recolección del riñón (denominados «cálculos renales coraliformes»); Cálculos renales que tengan más de 0,8 pulgadas (2 cm) de diámetro; Cálculos grandes que se encuentren en el uréter; Cuando otras terapias que hayan fracasado...**”⁶; sin embargo, debido al exceso de sangrado, en la historia clínica el urólogo consignó: “...no es posible extraer lito en pelvis, se deja nefrostomía para que en 2do tiempo se extraiga dicho lito...” (cfr. fl. 35 cd. ppal).

Ahora bien, el procedimiento se practicó 15 días después y, al respecto, se consignó lo siguiente: “...Previo asepsia se pasa guía metálica x nefrostomía hasta el riñón, se pasa camisa 30 fr y luego nefroscopio, se fragmenta lito y se extrae fragmentos, se deja nefrostomía, nuevamente sin complicaciones...” (cfr. fl. 70 cd. 9). Como viene de verse, de la historia clínica, en términos generales, se percibe que la atención hasta esa fecha coincide con técnicas establecidas para la rama de la urología, además del retiro fragmentado de los cálculos renales, pues “...cuando el médico tenga acceso a los cálculos renales, colocará una vaina dentro del riñón y **romperá los cálculos con un instrumento especial. Una vez que los fragmentos sean lo suficientemente pequeños, el médico los extraerá.** Cuando finalice el procedimiento, es posible que el cirujano deje tubos de drenaje en el riñón. El médico probablemente envíe los fragmentos de los cálculos renales para que se analicen o se determine si hay una infección...”⁷

8. La pregunta que genera el vértice de la presente controversia es la siguiente: ¿Cómo determinar que la causa de la complicación función en el riñón izquierdo del señor Holguín Vargas al punto tener que extraérsele dicho órgano (nefrectomía radical), se generó precisamente **a partir** de un eventual retardo en el tratamiento urológico que se le atribuye a la EPS y a la IPS Saludcoop, a partir de los meses que transcurrieron de mayo de 2008 a marzo del año 2009, con el cual, según el demandante, lograría una rehabilitación renal definitiva?

⁶ <https://www.mayoclinic.org/es-es/tests-procedures/percutaneous-nephrolithotomy/about/pac-20385051>

⁷ <https://www.mayoclinic.org/es-es/tests-procedures/percutaneous-nephrolithotomy/about/pac-20385051>

8.1. Como se explicó anteriormente, la historia clínica da cuenta de los padecimientos renales del señor Holguín Vargas desde el **año 1999**, calenda en la que se le diagnosticó *urolitiasis* y *hematuria*, lo cual, en sentir de esta Sala del Tribunal, es indicador que la patología **no fue desarrollada de forma espontánea**, sino que, **obedeció a un largo periodo** obstructivo del flujo urinario, tratado con sonda de nefrostomía, relacionado además con un adelgazamiento congénito del señor Holguín Vargas en las vías conductoras que unen el riñón con la vejiga (uréter), desarrollando un cuadro de infección bacteriana en el tracto urinario.

8.2. Según el Dr. Juan Diego Arango Calle, quien atendió al paciente Ricardo Abel Holguín Vargas en gran parte de su proceso patológico urinario, hasta que este dejó de ir a interconsulta “...*el problema es que las bacterias se albergan en los cálculos y son de difícil acceso por los antibióticos (...) él posteriormente vino como a los 15 días con una infección del tracto urinario de la orina, aún cuando fue dado de alta con antibiótico, sino estoy mal ciprofloxacina. Fue manejado como una pielonefritis y cálculos en ese momento no se puede intervenir el paciente porque donde un paciente de estos se intervenga con bacterias puede darse un shock séptico y puede morir, lo ideal es que esté sin bacterias en la orina. (...) era un paciente que se pensaba tenía una calle litiásica la orina estaba infectada, lo ideal es derivar la orina infectada y la literatura dice que se debe drenar con una nefrostomía nuevamente cuando el paciente esté entrando en un shock séptico, el Dr Luis Cruz, me dice que no puede introducir nuevamente la aguja de chiva (sic) llegar al riñón porque había un asa interpuesta por lo cual mi compañero me dice que le queda imposible. La segunda opción es introducir un catéter ureteral doble j. el problema de manejar un paciente infectado con pielonefritis y de su ureteritis es de perforar el uréter porque está infectado (...) por lo tanto el paciente después de haber terminado el tratamiento antibiótico se le citó por consulta externa de urología para valorar si se le ponía un catéter doble j o según la evolución hacer una litotricia extracorpórea (LEC= SIGLA aceptada mundialmente para la litotricia extracorpórea es decir, por sonido se fragmentan los cálculos) y el paciente no regresó a la consulta...*”

La historia clínica, se itera, da cuenta que se trataba de un riñón enfermo de hace muchos años atrás, con síntomas de estrechez del uréter (pielo-plastia), a tal grado, que no dejaba fluir la orina alojándola en el riñón y, generando con ello que se inflamara y fuera un foco de infección para dicho órgano, aspecto que

consideramos no mejoró, porque la enfermedad asociada a la infección progresó, afectando la función renal en sí misma.

8.3. Siguiendo esa línea y dado que las buenas condiciones del tracto urinario del señor Holguín, según se vio, no fueron demostradas para la época de mayo de 2008, no es aceptable concluir, que el daño provino simple y llanamente de un retardo en el cumplimiento de las funciones de los entes de salud o del grupo interdisciplinario que atendió al paciente en las diferentes instituciones hospitalarias donde consultó y, menos, como quiere hacerlo ver el recurrente, quien trae fragmentos de las historias clínicas donde se habla de retrasos en la realización de exámenes y procedimientos en ese margen de tiempo específico, pues, **conociendo el estrado los antecedentes urológicos y el proceso infeccioso en el tracto urinario en el señor Ricardo Abel Holguín Vargas, surge la inocultable necesidad de vincular causalmente, ese retardo, con los daños reclamados por los demandantes,** relación de causalidad que, como se sabe, **es necesaria** en orden a estructurar la responsabilidad por los daños provenientes de los delitos y las culpas.

8.3.1. Las anotaciones de posibles retardos insertas en las diferentes historias clínicas elaboradas por los entes hospitalarios que atendieron al paciente, por el lado que se le mire, deja el asunto a mitad del camino, de cara a algún tipo de responsabilidad, pues las afirmaciones allí contenidas no pueden entenderse como la prueba inequívoca, idónea y concluyente de que las afecciones y empeoramiento en la salud padecida por el señor Holguín Vargas tuviera su veneno en una tardanza en las atenciones, menos aún, cuando aparecen desprovistas, como lo está también el plenario, del condigno soporte probatorio encaminado a apoyar la tesis que sostiene la parte actora en punto de establecer, que la afección se originó en **el retardo en la autorización del tratamiento urológico** en determinado margen de tiempo.

Un ejemplo de ello, es la anotación registrada el 24 de febrero de 2009, que es citada por el recurrente en su apelación, donde señala lo siguiente: “...*paciente en situación muy compleja derivado de cx previo, tienen estenosis completo de la pelvis renal de localización intrarrenal por ahora derivado pero con infecciones severas, ha habido*

retraso en la realización de exámenes y de las citas por trámites administrativos...” no obstante, a renglón seguido se lee que es por tratarse de “...una patología que requiere un tratamiento quirúrgico complejo se debe presentar al staff de la ciudad para confirmar posible realización de reparo de estenosis vs. calicostomía. Se le explica al paciente su situación y la dificultad del caso...”. Cobra fuerza en este punto lo elucubrado por el señor juez de la primera instancia, cuando indicó que la reseña de la historia clínica por sí sola “...y la sola nota insertas en aquellas, de que el paciente tuvo demoras en la práctica de exámenes médicos, sin determinar cuales, no brinda la certeza necesaria para endilgarle culpa...”

8.4. En ese orden las cosas, debe advertirse así mismo, que el argumento del recurrente sobre lo apremiante y urgente de la patología es infundado, pues ese ejercicio de calificación en relación con el procedimiento a seguir que esta genera, correspondía hacerla al urólogo y, dicho galeno asignado por la EPS, como los demás médicos deponentes en la declaración rendida en calidad de testigos técnicos, consideraron que el tratamiento suministrado al paciente fue concordante y oportuno, observándose de la historia clínica que, en efecto, se suministró en intervalos de tiempo razonable entre instituciones y acorde a la progresión de los síntomas presentados por el paciente.

8.5. Por supuesto, es comprensible la angustia del actor a raíz del dolor que debe generar un cálculo de ese diámetro, obstruyendo el flujo urinario, pero tampoco podía esperarse que los médicos tratantes del señor Holguín Vargas, ordenaran **inmediatamente** la punción del riñón para introducir el nefroscopio en busca del cálculo coraliforme que padecía, como si se tratara de cualquier sencillo procedimiento -toma de una muestra de sangre, una terapia física, la toma de la tensión-, máxime, si el mismo médico que realizó la nefrolitotomía percutánea tratante señala que es “...un procedimiento muy invasivo (sic) que de los 70 urólogos que hay, lo practicamos 8. Las personas con más experiencia en este procedimiento somos Oscar Londoño, Iván López, Luis Cruz y mi persona. Este es un procedimiento en el cual uno no puede operar solo, tiene que haber dos especialistas, en este caso éramos un radiólogo intervencionista y un urólogo. Se programa al paciente, se le pide urocultivo previo el cual es negativo y se hace el primer procedimiento en agosto de 2008 (...) muchas veces ocurre que se mete el nefroscopio y mientras va fragmentando el cálculo empieza a sangrar el paciente, y entonces hay que parar el procedimiento porque no se

puede ver, lo que dicen los textos de urología como el libro de cambell es que se para el procedimiento y se deja una nefrostomía, eso es se quita el nefroscopio, se quita la camisa, y se coloca una sonda de Foley y se infla el balón a nivel distal y se hace compresión...” (cfr. fl. 143 vto. cd. 7). Por consiguiente, el tratamiento se ejecuta de manera paulatina y extensa para lograr fragmentar el cálculo y extraerlo en su totalidad y, dado que existen unos fragmentos diminutos que no se pueden coger “...en los cánones de la urología en estos pacientes pasa en un 30%, en los cuales se hace un segundo procedimiento y a veces hasta un tercero más (...) a en estos pacientes se le extraen los cálculos que al ojo humano son mayores a 5 mls y los demás saldrán espontáneamente por el uréter o según la literatura mundial son llamados no significativos...”, pudiéndose advertir cómo este procedimiento, en efecto, se tuvo por finalizado con la segunda intervención el 15 de agosto de 2008, en la que se le cerró la nefrostomía y se le dio de alta, siendo sometido posteriormente a controles por urología.

8.6. Al pasar por el tema de las declaraciones de los testigos técnicos, quiere la Sala agregar que la Corte Suprema de Justicia ha admitido que es de recibo esta prueba sucedánea a la pericial, sentenciando que “...en la legislación probatoria colombiana se le concede eficacia de tal índole a esta clase de medio, que refuerza enormemente el testimonio para darle mayor credibilidad, debido a su idoneidad, pero aún más cuando se trate de galenos que han auscultado personalmente al enfermo...”⁸

Es de verse entonces, que los médicos que rindieron su testimonio en el proceso, en este caso, el urólogo, radiólogo y cirujana acompañante, que atendieron al paciente, expusieron sobre el protocolo de atención suministrado, en términos aterrizados como hombres y mujer de ciencia que son, siendo creíbles sus versiones porque evocaron las ayudas diagnósticas y técnicas utilizadas para tratar de recuperar la salud del paciente y, en términos generales, aludieron al tiempo razonable de atención que exige un proceso infeccioso crónico, conforme su experiencia en la urología y la radiología, este último encargado del acceso percutáneo al riñón, sin que se advierta malicia o interés en torcer la verdad de lo ocurrido. Afirmaciones que, además, en uno y otro caso, están respaldados en la

⁸ Corte Suprema de Justicia, Sentencia de Casación Civil del 15 de febrero de 2008, Exp. No. 41001-3110-001-1999-00269-01. M.P. Ruth Marina Díaz Rueda.

literatura médica, mucha de la cual está al alcance de todos en las publicaciones web que ya quedó registrada en líneas atrás.

8.7. Siguiendo entonces el tenor de esa literatura y de las declaraciones de los galenos tratantes, lo que la Sala pudo deducir razonablemente de las anotaciones inmersas en la historia clínica, es que los padecimientos renales del señor Cifuentes Quintero, no fueron desarrollados de forma espontánea, sino que la presencia de la enfermedad obedece a una reacción de un riñón enfermo de años, es decir, tenía una evolución anterior al supuesto retardo en la atención del paciente, de cara al cual se le había entregado un diagnóstico de urolitiasis en el año **1999**, en tal virtud, la tarea de la demandante, a voces del artículo 167 del C. G. del P., era valerse de un concepto **científico** que diera luces al estrado debido la inopia de su conocimiento clínico, respecto de las **implicaciones que ese retardo de días u horas cobró en la salud renal del señor Holguín**, en los términos quirúrgicos establecidos en la especialidad de la urología, para el tipo de enfermedad ureteral que presentaba el paciente, asunto que brilla por su ausencia en el presente proceso y, que tampoco es posible asumir desde el punto de vista de la prueba indiciaria, porque no hay pautas en la historia clínica que permitan ver cómo las huellas de la estrechez ureteral asociada a una infección en el tracto urinario, pudieron haber ocasionado una afectación funcional del riñón, al punto de haber podido desencadenar en la pérdida del mismo, siendo que, existen intervalos en los que, a partir del tratamiento con antibióticos de alto espectro fue presentando mejoría, al punto que, pudo controlarse la infección urinaria, lo que permitió darle de alta por control de la infección, de modo que no es posible que el Tribunal se arrogue facultades científicas para llegar a conclusiones de responsabilidad que la prueba no refleja.

8.8. El funcionario de primera instancia decretó la prueba dirigida a la Hospital Universitario San Vicente de Paul de esta ciudad, para efectos de que designara un experto en nefrología que dilucidara las causas y consecuencias del padecimiento funcional renal del actor y emitiera concepto respecto de la atención médica prestada al señor Ricardo Abel Holguín Vargas (cfr. fl. 457), no obstante, la prueba no fue diligenciada por el profesional del derecho de la parte demandante en los términos requeridos, motivo por el cual le fue negada la prueba mediante

providencia del 23 de mayo de 2014, habiendo recurrido en reposición, recurso que le fue resuelto de forma desfavorable, con las consecuencias que ello conlleva.

8.9. Si así son las cosas, luego, ni por asomo puede haber cuestionamiento alguno frente al centro médico, ni a la conducta médica observada por los galenos tratantes, como para deducir la responsabilidad médica que se deprecia. El lacónico medio de convicción de notas literales de retraso en la autorización de exámenes, no puede ser motivo suficiente para desestimarlos. No hay prueba alguna que descalifique al profesional que lo rindió o la institución de la cual hace parte.

Aunque es cierto que existe un perjuicio en la función renal del demandante, no se revela cuál fue el hecho generador del daño ni se hace viable una imputación directa a la EPS demandada, para acceder a la reparación de algún daño, como lo sería por ejemplo, **i)** una desinformación sobre los alcances de la nefrolitotomía percutánea a la que se sometió; **ii)** incompetencia del urólogo o radiólogo que lo atendió; **iii)** limitaciones técnico científicas del establecimiento clínico en donde se practicó el acto quirúrgico renal; **iv)** alguna falla originada en la falta de disponibilidad de una sala de urgencias como lo preceptúa el numeral 2 del artículo 159 de la Ley 100 de 199, etcétera.

9. Conclusión. No puede entonces declararse civilmente responsable a las entidades demandadas en el servicio médico de urología y tampoco retardo en la atención, pues se itera, que según lo observado a lo largo del análisis de la instrucción del proceso y teniendo en cuenta lo plasmado en la historia clínica, se observa que el paciente ha recibido una atención compatible con sus padecimientos, en lo que a los procedimientos urológicos se refiere, ergo, puede concluirse que las personas jurídicas demandadas ha cumplido con sus obligaciones. De igual forma, el dolor y sufrimiento, la angustia de la familia nuclear del demandante, al ver que su cónyuge y señor padre perdió su riñón a lo largo y penoso del tratamiento renal, tampoco es estribo suficiente para edificar la responsabilidad médica reclamada. De ahí que el confirmar la sentencia acusada, se impone y así se declarará.

10. Sin lugar a condenar en costas en esta instancia, dado el amparo de pobreza de que goza la parte demandante.

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

II. FALLA

PRIMERO: SE CONFIRMA el fallo proferido por el Juzgado Cuarto Civil del Circuito de Descongestión de Medellín, el día 04 de mayo de 2015, dentro de la presente acción de responsabilidad médica, ello, de conformidad con las consideraciones en que está sustentada la presente providencia.

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

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

CÓPIESE, NOTIFÍQUESE, DEVUÉLVASE Y CÚMPLASE,



JULIÁN VALENCIA CASTAÑO
Magistrado



PIEDAD CECILIA VÉLEZ GAVIRIA
Magistrada



(con salvamento del voto)
JUAN CARLOS SOSA LONDOÑO
Magistrado