

REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



Consejo Superior
de la Judicatura

JUZGADO DIECINUEVE (19) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO
SANTIAGO DE CALI - VALLE DEL CAUCA

Santiago de Cali, jueves, 20 de junio de 2024

Radicación	76001333100820110021900	
Medio de control	REPARACIÓN DIRECTA	
Demandante	PATRICIA PILLIMUE ARBELÁEZ Y OTROS	
Apoderado	DIANA MANZANO GARCÉS dimangar@yahoo.es	
Demandado:	1.HOSPITAL ISAÍAS DUARTE CANCINO E.S.E. Notificacionjudicial@hospitaldc-valle.gov.co	
Apoderado:	OLGA PATRICIA CABEZAS MUÑOZ gerencia@hospitalisaiasduartecancino.gov.co juridica@hospitalisaiasduartecancino.gov.co	
Demandado:	2.JULIAN ANDRÉS MOLANO GONZÁLEZ jamolanog@icloud.com	
Apoderado:	CARLOS EDUARDO NUÑEZ ESCARRIA cenescarria@gmail.com caednues028@gmail.com LINA MARCELA BORJA RIVERA lborja@equipojuridico.com.co	
Demandado:	3. FERNANDO RODRÍGUEZ HOLGUÍN.	
Apoderado:	MAURICIO LONDOÑO URIBE notificaciones@londonouribeabogados.com abogadomauricio@gmail.com	

Llamada en Garantía de Fernando Rodríguez Holguín.	UNIVERSIDAD CES ces@ces.edu.co
Apoderada:	ELEONORA LONDOÑO AYALDE notificaciones@londonouribeabogados.com abogadaeleonora@gmail.com
Llamado en Garantía de la Universidad CES	SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A. notificacionesjudiciales@sura.com.co
Apoderado:	GUSTAVO ALBERTO HERRERA AVILA gherrera@gha.com.co notificaciones@gha.com.co
Ministerio Público	RUBIELA AMPARO VELÁSQUEZ BOLAÑOS procjudadm58@procuraduria.gov.co
Interviniente	(ANDJE) AGENCIA NACIONAL DE DEFENSA JURÍDICA DEL ESTADO notificacionesjudiciales@defensajuridica.gov.co

SENTENCIA

OBJETO DE LA DECISIÓN

No existiendo causal de nulidad que afecte la validez de lo actuado dentro de este proceso, el Juzgado Diecinueve Administrativo del Circuito Judicial de Santiago de Cali procede a proferir la correspondiente sentencia en primera instancia en el asunto de la referencia, de conformidad con el artículo 170 del C. C. A., subrogado por el artículo 38 del Decreto No. 2304 de 1989.

I. ANTECEDENTES

1.1. La demanda

1.1.1. Las pretensiones¹

¹ Folios 91 a 92 del Cdo ppal.

Los señores Patricia Pillimué Arbeláez, Jairo Saúl Martínez Acosta, Zulma Julieth Martínez Pillimué, Erika Vanessa Martínez Pillimué, Claudia Ximena Martínez Pillimué y Nini Johanna Martínez Pillimué formularon demanda de reparación directa contra el Hospital Isaías Duarte Cancino E.S.E. y contra los médicos Julián Andrés Molano González y Fernando Rodríguez Holguín, para que se les declare responsables de los perjuicios causados a la señora Patricia Pillimué Arbeláez en la cirugía practicada el 26 de junio de 2009.

Como consecuencia de lo anterior, la parte demandante solicitó que se condene a las entidades demandadas, por los perjuicios de: (i) Daño emergente, (ii) lucro cesante, (iii) y daño moral, por la presunta mal praxis en la intervención realizada el 26 de junio de 2009.

1.1.2. Hechos²

Como fundamentos fácticos de las pretensiones, se narraron los siguientes:

La señora Patricia Pillimue Arbeláez padecía de cólicos hace más de 20 años, de forma particular, acudió a cita con el médico cirujano Botero, quien al analizar su ecografía de abdomen le diagnosticó cálculos en la vesícula biliar y situs inversus, por lo que le explicó que tenía los órganos invertidos, es decir, el corazón al lado derecho de su pecho al igual que el hígado, la vesícula, y los demás órganos que por lo general el común de las personas los tienen al lado derecho ella los tenía al lado izquierdo.

Con el fin de tratar la colecistectomía y por su condición de situs inversus, el Dr. Botero le recomendó buscar una institución de salud de nivel alto, para que le practiquen una cirugía de alto riesgo que consistía en extraerle la vesícula biliar con los cálculos que contenía.

Lo anterior fue puesto en conocimiento por la señora Patricia Pillimue Arbeláez ante el Hospital Isaías Duarte Cancino E.S.E., donde unos médicos extranjeros coincidieron con el concepto del Dr. Botero.

No obstante, el Hospital Isaías Duarte Cancino E.S.E., le programó la cirugía denominada como colecistectomía laparoscópica para el 26 de junio de 2009 a las 6:00am en sus instalaciones, ignorando la recomendación de remitirla para que el procedimiento se le realice en una institución de nivel alto o superior, condición que para esa época no tenía el Hospital Isaías Duarte Cancino E.S.E. pues era nivel II.

La señora Patricia Pillimue Arbeláez en compañía de su mamá María Cened Arbeláez, asistió el 26 de junio de 2009 a la cita programada; en sala de espera el Dr. Julián Andrés Molano González le manifestó *“En un ratico te voy a operar y será una cirugía ambulatoria, pues solo haremos 4 incisiones o puertos en tu abdomen, y por ahí sacaré tu vesícula biliar con los cálculos y mañana te podrás ir a tu casa”*, única información que recibió antes del procedimiento quirúrgico sin que le hubiesen hecho firmar el

² Ibídem, Cdo. ppal. Folio 93-95.

consentimiento informado, vulnerándole de ese modo su derecho a conocer el trámite que le van a realizar y sus riesgos.

A las 9:00am entró a sala de operaciones donde le aplicaron anestesia general por lo que quedó dormida y cuando se despertó el Dr. Julián Andrés Molano Gonzáles le dijo *“la cirugía se nos complicó y tocó abrir el abdomen”* por lo cual le quedó una cicatriz que loide de 22 cm de largo.

La complicación se debió a que le cortaron el colédoco (conducto biliar común, formado por los conductos hepáticos y el cístico que vierte la bilis al duodeno y al intestino), lesión latrogénica por la que para repararla tuvieron que insertarle dos drenes o catéteres para que la bilis y secreciones salgan de su organismo a una especie de bolsa que está conectada a dichos adminículos intraabdominales, con el objeto de evitar que las secreciones hepáticas causen mayores estragos en su organismo.

Dichos catéteres han evitado que órganos como el hígado, páncreas y demás adyacentes a la vesícula no se deterioren pues no permiten que la bilis, que es un ácido que ayuda a digerir los alimentos, los afecten.

El mantenimiento de esos drenes ha sido tratado adecuadamente por el médico radiólogo intervencionista Alfonso José Holguín Holguín en la Clínica Valle del Lili y su grupo médico, pues en varias ocasiones se le han obstruido, le han ocasionado abscesos hepáticos que la han tenido al borde de la muerte y por lo que el galeno mencionado la ha intervenido quirúrgicamente con previo consentimiento informado donde claramente se le da a conocer que hay riesgo de una punción de órganos vecinos o de hemorragias intraabdominales.

Esperaba que con la intervención del Dr. Alfonso José Holguín Holguín consistente en colocarle un catéter en T, se corregiría casi en su totalidad la lesión, sin embargo después de un año de tratamiento en el que se le realizaron sondeos, drenajes, dilataciones, bilioplastias, entre otros, se concluyó que el procedimiento no tuvo el éxito esperado y que no había más que hacer pues la estenosis y deterioro de la vía biliar persiste en aproximadamente un 80% por lo que requiere trasplante con el especialista Luis Armando Caicedo de la Fundación Valle del Lili.

La señora Patricia Pillimue Arbeláez fue vinculada al programa “ayudemos” de la Clínica Valle del Lili, por lo que ha recibido de forma oportuna los insumos y demás procedimientos.

Agrava la responsabilidad de los médicos Julián Andrés Molano González y Fernando Rodríguez Holguín, el hecho de que después de generar la lesión se hayan alejado de la señora Patricia Pillimue Arbeláez, sin importarles su condición de salud y de pobreza, a pesar de que después empezaron a laborar en la Fundación del Valle del Lili, según información de personal de dicha clínica.

Por último, manifiesta que por demandar a los médicos Julián Andrés Molano González y de Fernando Rodríguez H, el Dr. Luis Armando Caicedo dejó de atenderla.

1.2. Trámite procesal

La demanda fue presentada el 24 de junio de 2011³, correspondiéndole por reparto al Juzgado Octavo Administrativo de Cali, quien mediante auto de sustanciación No. 1028 del 10 de agosto de 2011⁴, la inadmitió; posteriormente, por ser subsanada fue admitida mediante auto interlocutorio No. 659 del 16 de septiembre de 2011⁵ teniendo como parte activa de la litis a Patricia Pillimué Arbeláez, Jairo Saúl Martínez Acosta, Zulma Julieth Martínez Pillimué, Erika Vanessa Martínez Pillimué, Claudia Ximena Martínez Pillimué y Nini Johanna Martínez Pillimué y como parte pasiva al Hospital Isaías Duarte Cancino E.S.E., al Dr. Julián Andrés Molano González y al Dr. Fernando Rodríguez Holguín.

En cumplimiento del Acuerdo #PSAA12-9457 de 2012, el Juzgado Primero Administrativo de Descongestión de Cali, avocó el conocimiento del asunto⁶.

El Hospital Isaías Duarte Cancino E.S.E guardó silencio y los médicos Julián Andrés Molano González y Fernando Rodríguez Holguín contestaron la demanda⁷.

El Dr. Fernando Rodríguez Holguín llamó en garantía a la sociedad Seguros Generales Suramericana S.A. y a la Universidad CES de Medellín, los cuales fueron aceptados a través de auto No. 361 del 3 de abril de 2013⁸.

Contra la anterior providencia, la Sociedad Seguros Generales Suramericana S.A. interpuso recurso de apelación el cual fue resuelto por el Tribunal Administrativo del Valle del Cauca en auto No. 158 del 23 de octubre de 2014⁹, revocando el numeral 1º del auto No. 361 del 3 de abril de 2013, rechazando el llamamiento en garantía de la Sociedad de Seguros Generales Suramericana S.A. y ordenando tener como llamado en garantía a la Universidad CES.

La Universidad CES contestó el llamamiento y llamó en garantía a Seguros Generales Suramericana S.A.¹⁰.

En cumplimiento de lo dispuesto en la Circular No. 043 del 25 de noviembre de 2014, el Juzgado Tercero Administrativo de Descongestión de Cali, asumió el conocimiento del proceso, quien en auto No. 330 del 12 de diciembre de 2014¹¹ resolvió abrir el proceso a pruebas.

³ Cdno. Ppal, folio 99.

⁴ Ibidem, folios 101-103.

⁵ Ib, folios 116-117.

⁶ Ib. Folio 182.

⁷ Ib. Folio 186.

⁸ Cdno. No. 2. Folios 27 y 28.

⁹ Cdno. Ppal. Folios 295 a 301.

¹⁰ Ibidem. Folios 262 a 264.

¹¹ Ib. Folios 306 a 308.

Contra dicha providencia la Universidad CES interpuso recurso de apelación por cuanto no hubo pronunciamiento sobre su llamamiento en garantía¹².

El Juzgado Tercero Administrativo de Descongestión de Cali, mediante auto No. 001 del 15 de enero de 2015¹³, decidió desestimar el recurso de apelación interpuesto oportunamente por la Universidad CES, dejar sin efecto el auto No. 330 del 12 de diciembre de 2014 y rechazar el llamamiento en garantía contra Seguros Generales Suramericana.

Contra esa última providencia la Universidad CES interpuso recuso de apelación, el cual fue resuelto por el Tribunal Administrativo del Valle del Cauca, mediante auto No. 089 del 5 de mayo de 2015¹⁴ revocando la decisión y ordenando llamar en garantía a la Sociedad de Seguros Generales Suramericana.

El Juzgado Segundo Administrativo de Descongestión, avocó el conocimiento del proceso y notificó del llamamiento a la Sociedad de Seguros Generales Suramericana, quien contestó el mismo.

A través de auto No. 265 del 15 de octubre de 2015¹⁵, se adicionó el auto de pruebas emitido por el Juzgado Segundo Administrativo de Descongestión.

En cumplimiento del Acuerdo PSAA15-10414 del 30 de noviembre de 2015, este Juzgado asumió el conocimiento del presente proceso por auto del 20 de enero de 2016¹⁶, quien después de practicar algunas pruebas cerró el debate probatorio mediante auto del 2 de febrero de 2017¹⁷.

Contra dicha providencia el apoderado del Dr. Julián Molano interpuso recurso de apelación, recurso que fue rechazado por improcedente por medio de auto del 2 de marzo de 2017¹⁸ ordenándose su adecuación a un recurso de reposición.

Después de adecuarse el recurso, el Despacho mediante auto del 20 de abril de 2017¹⁹, decidió no reponer el auto del 2 de febrero de 2017.

El apoderado del Dr. Julián Molano, interpuso recurso de queja el cual fue resuelto por el Tribunal Administrativo del Valle a través de auto No. 561 del 26 de noviembre de 2018²⁰ revocando la providencia del 2 de marzo de 2017 y ordenando al Juzgado que se remita el proceso para pronunciarse sobre el recurso de apelación.

¹² Ib. Folios 309 y 310.

¹³ Cdno. No. 1A, folios 312 y 313.

¹⁴ Ibidem, folios 324 a 326.

¹⁵ Cdno Ppal. Folios 356 a 358.

¹⁶ Ibidem. Folio 407.

¹⁷ Ib, folio 436.

¹⁸ Ib. Folio 440.

¹⁹ Ib. Folio 453.

²⁰ Ib. Folios 462 a 467.

El recurso de apelación fue resuelto mediante auto No. 418 del 28 de agosto de 2019²¹ revocando la providencia del 2 de febrero de 2017 y ordenando practicar la prueba que solicitaba la parte demandante y el apoderado del Dr. Julián Molano.

Una vez allegadas las pruebas, mediante auto del 23 de enero de 2023²² se cerró el debate probatorio y se corrió traslado para alegar de conclusión, oportunidad que fue aprovechada por el demandante, el Dr. Julián Andrés Molano, el Dr. Fernando Rodríguez Holguín, la Universidad CES y la sociedad Seguros Generales Suramericana²³.

El proceso tuvo trámite de ley. No encontrándose causal alguna que invalide lo actuado, se procede a continuar con el análisis del proceso.

1.3. Contestaciones de la demanda.

1.3.1. Dr. Fernando Rodríguez Holguín²⁴.

A través de apoderado judicial se opuso a las pretensiones de la demanda argumentando que no existió mala praxis en el procedimiento quirúrgico de la señora Patricia Pillimué Arbeláez y además el actuó en calidad de estudiante residente de primer año en práctica, como ayudante quirúrgico no fue el director del procedimiento y por ende no fue quien tomó las decisiones quirúrgicas.

Aduce que se opone a las pretensiones de Jairo Saúl Martínez Acosta, Zulma Julieth Martínez Pillimué, Erika Vanessa Martínez Pillimué, Claudia Marcela Martínez Pillimué y Nini Johana Martínez Pillimué porque allegaron el poder al proceso cuando ya había operado la caducidad de la acción, del mismo modo se opone a los perjuicios materiales reclamados por no encontrarse probados.

Manifiesta que su antecedente de situs inversus es irrelevante frente al resultado quirúrgico y menciona que el Hospital Isaías Duarte Cancino cumplía con el nivel de atención suficiente para el procedimiento quirúrgico de colecistectomía por laparoscopia porque es una cirugía de carácter ambulatorio.

Expresa que la lesión no se debe a una mala praxis ya que dicha lesión en la vía biliar constituye uno de los riesgos propios del procedimiento quirúrgico, además recuerda que la responsabilidad sobre la cirugía practicada es de medios y no de resultados, por lo que al final el procedimiento fue realizado usando todos los medios para extraer lo que se debía extraer garantizando la vida y la salud de la paciente lo cual se obtuvo al reparar la lesión con los catéteres implantados.

Refiere que en el acto quirúrgico del 26 de junio de 2009 ocurrió un evento iatrogénico inculpable que gracias a la diligencia y pericia del equipo quirúrgico se logró corregir para

²¹ Cdno ppal. Folios 130 a 141.

²² [Auto corre traslado para alegar](#)

²³ [Constancia secretarial](#)

²⁴ Cdno ppal. 130-141.

salvar la vida de la paciente, riesgo del que tenía conocimiento desde antes de la práctica de la cirugía.

Establece que según jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia “el médico responderá cuando cometa un error científico objetivamente injustificable para un profesional de su categoría o clase”, agrega que los médicos no están obligados a sanar el enfermo, sino a ejecutar correctamente el acto o serie de actos, según los principios de su profesión, que ordinariamente deben ejecutarse para conseguir el resultado, es decir que su deber es suministrarle los cuidados concienzudos, solícitos y conformes con los datos adquiridos por la ciencia, por lo que la ausencia de curación no implica una culpa del médico.

Como excepciones propuso:

Previas: Caducidad de la acción de reparación directa para los demandantes Jairo Saúl Martínez Acosta, Zulma Julieth Martínez Pillimué, Erika Vanessa Martínez Pillimué, Claudia Marcela Martínez Pillimué y Nini Johana Martínez Pillimué porque otorgaron el poder el 22 de agosto de 2011 fecha para la cual ya había operado la caducidad pues los hechos ocurrieron el 26 de junio de 2009 por lo que caducaba el 27 de junio de 2011.

De mérito: Inexistencia de responsabilidad del doctor Fernando Rodríguez Holguín y la innominada.

1.3.2. Dr. Julián Andrés Molano González.²⁵

Se opuso a las pretensiones de la demanda y frente a los hechos se pronuncia aclarando que la Fundación Valle del Lili por intermedio de la Fundación Ayudemos que propende por beneficiar a personas de escasos recursos que requieren algún tratamiento médico, realizó un convenio con el Hospital Isaías Duarte Cancino, que consistía en que todos los cirujanos generales que estaban adscritos a la Fundación Valle del LILI, fueran un día a la semana a realizar consultas especializadas y cirugías al Hospital, por lo que la programación de la cirugía la hacía un cirujano pero el procedimiento lo hacía otro cirujano con el compromiso de dejar los exámenes y el consentimiento informado listo para la cirugía, razón por la cual los cirujanos conocían al paciente el día de la cirugía y a los mismos previamente ya se les habían explicado los posibles riesgos y complicaciones durante el procedimiento quirúrgico.

Refiere que en el procedimiento quirúrgico se confirmó el hallazgo ecográfico pues se encontró una vesícula escleroatrófica con gran componente inflamatorio con alteración de la anatomía de la vía biliar como consecuencia de los antecedentes patológicos y anatómicos de la paciente, en el mismo procedimiento se le realizó reconstrucción de la vía biliar mediante anastomosis término terminal del colédoco con colocación de tubo en T y Dren Suhepático, para tratar la complicación inherente al procedimiento como consecuencia de la misma condición de la paciente.

²⁵ Cdno. ppal. Folios 147-163.

Explica que la lesión de la vía biliar es una complicación considerada como riesgo inherente a la cirugía de colecistectomía, ya que las distintas series publicadas en la literatura científica disponen que en un 3.5% de las colecistectomías laparoscópicas pueden ocurrir, es decir 3 casos por cada 100 laparoscopias realizadas por un cirujano entrenado e incluso es un riesgo en la colecistectomía abierta.

Menciona que los factores de riesgo descritos para la lesión de la vía biliar son de tipo anatómico por fibrosis del triángulo de Calot, proceso inflamatorio agudo, adherencias, variedad anatómica como por ejemplo cístico en cañón de escopeta, obesidad; y de tipo técnico por falta de experiencia, visualización inadecuada por mala exposición, disección inadecuada, mala luz y ayudantía inadecuada. Adiciona que los equipos de laparoscopia están diseñados para cirujanos diestros y para pacientes con anatomía normal.

Cuenta que, ante la complicación presentada, el Dr. Julián Andrés Molano decidió interrumpir el procedimiento laparoscópico para realizar conversión a colecistectomía abierta por laparotomía y construir la vía biliar por medio de anastomosis del colédoco y colocación de un tubo en T en el interior de este para su derivación para que la bilis saliera por ese tubo al exterior a una bolsa especial de recolección para evitar que salga a la cavidad abdominal, así como la colocación de un dren alrededor de la vesícula para el drenaje de la bilis en caso de presentarse una filtración de la anastomosis o hubiese otra lesión no advertida de la vía biliar.

Posteriormente dice, la paciente fue hospitalizada en el postoperatorio en la misma institución, con buena evolución clínica, por lo que fue dada de alta 3 días después. Como complicación secundaria, la paciente presentó una colección alrededor del hígado que fue adecuadamente manejada por indicación del Dr. Julián Andrés Molano, con colocación de dren y posteriormente a eso de nuevo fue hospitalizada para vigilancia clínica con evolución satisfactoria.

Refiere que el 14 de agosto de 2009, la demandante fue valorada en consulta externa del Hospital Isaías Duarte Cancino por cirugía general y ante la persistencia de drenaje por el tubo en T de la vía biliar fue remitida de manera ambulatoria para valoración por cirugía hepatobiliar en la Fundación Clínica Valle del Lili.

Expone que la paciente fue valorada por cirugía hepatobiliar donde se decidió continuar manejo con tubo T en la vía biliar por 3 meses más y posteriormente se retiró. El 29 de enero de 2010 se realizó CPER en la cual se evidenció estenosis de la vía biliar a nivel del conducto hepático común sin posibilidad de colocación de STENT, por lo cual se realizó el 9 de febrero de 2010 colangiografía transparietohepática con dilatación y colocación de stent en la zona de estenosis con dren interno – externo. Posteriormente se realizó en múltiples oportunidades, de manera programada colangiografía, dilatación y cambio de catéter.

Aclara que el Dr. Julián Andrés Molano habló directamente con la Fundación Ayudemos y les comentó el caso de la señora Patricia Pillimue frente a los cual ellos decidieron de manera irrestricta colaborarle en su evolución sin ningún costo, razón por la cual fue

atendida en la Fundación Clínica Valle del Lili por los radiólogos, el personal de urgencias, y el grupo de trasplante hepático no porque fueran a trasplantarla sino porque tienen mayor experiencia en el manejo de esas complicaciones.

Menciona que el Dr. Julián Andrés Molano estuvo al tanto de la paciente ya que en varias ocasiones la atendió en su consultoría cuando asistía sin cita previa y en otras ocasiones para realizar drenajes percutáneos en sala de radiografía, hasta que se fue a Chile a cursar estudios académicos en convenio con instituciones colombianas.

Como excepciones interpone las denominadas como «*cumplimiento de la obligación de medio, inexistencia de responsabilidad por ausencia de las formas de la culpa, indebida tasación de perjuicios y la innominada.*»

1.3.3. Llamada en garantía Universidad CES²⁶.

Mediante apoderado se opone a las pretensiones de la demanda aduciendo que no existió culpa por parte del Dr. Fernando Rodríguez Holguín debido a que su participación dentro del procedimiento quirúrgico denominado colecistectomía por laparoscopia practicada a la paciente Patricia Pillimue fue netamente académica y no tenía a su cargo las decisiones ni procedimientos que se estaban realizando, además no hubo una mala práctica médica pues la complicación presentada hace parte de los riesgos inherentes a ese procedimiento.

Se opone a la responsabilidad solidaria ya que ni la Universidad ni el estudiante percibieron suma de dinero alguna por dicha intervención.

Como excepciones propone: caducidad de la acción de reparación directa frente a los señores Jairo Saúl Martínez Acosta, Zulma Julieth Martínez Pillimué, Erika Vanessa Martínez Pillimué, Claudia Marcela Martínez Pillimué y Nini Johana Martínez Pillimué porque otorgaron el poder el 22 de agosto de 2011 fecha para la cual ya había operado la caducidad pues los hechos ocurrieron el 26 de junio de 2009 por lo que caducaba el 27 de junio de 2011; inexistencia de responsabilidad por parte del estudiante en práctica Dr. Fernando Rodríguez Holguín y consecuentemente de la Universidad CES, inexistencia de solidaridad frente al resultado final que haya podido generar perjuicios, fiel cumplimiento de los protocolos y de la lex artis para el caso de la paciente Patricia Pillimue Arbeláez, cobro de lo no debido, exceso de pretensiones y la innominada.

Adicionalmente, formula llamamiento en garantía a Sociedad Seguros Generales Suramericana S.A.²⁷, en virtud de la póliza de seguro No. 0047480-5 vigente entre el 30 de julio de 2008 al 30 de julio de 2009, vigentes para la época de los hechos.

1.3.4. Llamado en garantía Sociedad Seguros Generales Suramericana S.A²⁸.

²⁶ Ibidem Folios 245 a 260.

²⁷ Ib, Folios 262 a 264.

²⁸ Ib. Folios 321 a 329.

De la misma manera, se opone a la totalidad de las pretensiones de la demanda, indicando que el profesional médico actuó de manera oportuna, diligente y perita por lo que está exenta de culpa, refiere que las complicaciones que se presentaron son de aquellas que pueden presentarse en un procedimiento como ese ante las características propias de la paciente, además expone que dentro del proceso no existen pruebas que demuestren la responsabilidad de la parte pasiva de la litis.

Al respecto formuló las siguientes excepciones: *«inexistencia de responsabilidad y de obligación indemnizatoria a cargo de los demandados y de la Universidad CES; tratamiento adecuado, diligente, cuidadoso carente de culpa y realizado conforme a los protocolos; aplicación de protocolos; carencia de prueba del supuesto perjuicio, enriquecimiento sin causa y la genérica»*.

En contra del llamado en garantía presentó las excepciones denominadas como: *«marco de los amparos otorgados, límites máximos de responsabilidad, condiciones de la póliza y en general alcance contractual de las obligaciones del asegurador; exclusiones de amparo; prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguros y la genérica.»*

1.4. Alegatos de conclusión.

1.4.1 Dr. Julián Andrés Molano González²⁹.

El Dr. Julián Andrés Molano, a través de apoderado judicial, presentó sus alegatos reiterando lo expuesto en la contestación de la demanda en el sentido de manifestar que no se aportó ni un solo medio de prueba que demuestre la negligencia, imprudencia o impericia en el actuar del personal médico y por el contrario sí se aportaron pruebas que demuestran la buena praxis aplicada en el procedimiento quirúrgico aplicando la *lex artis* por cuanto:

*«-Se le practicó a la señora Patricia Pillimue, un procedimiento quirúrgico adecuado, de acuerdo con las *lex artis*, para tratar las patologías que padecía, en desarrollo de un programa para beneficiar a personas de escasos recursos que no tenían acceso a este tipo de procedimientos.*

- El galeno que practicó la cirugía sabía de la condición de situs inversus de la paciente y tomo todas las medidas de precaución para realizar el procedimiento a sabiendas que los órganos de la paciente se encontraban al lado contralateral

- EL galeno le explicó el tipo de procedimiento sugerido, y sus riesgos inherentes más frecuentes, la paciente entendiendo ello consintió de manera informada, la realización de la cirugía.

- La cirugía se practicó por manos expertas.

- Se practicó en un sitio habilitado para la realización de este tipo de procedimientos

-Dentro de cirugía se presentó una complicación que es la manifestación de uno de los riesgos inherentes conocidos por la paciente antes de la cirugía.

²⁹ [Alegatos Dr. Julián Andrés Molano.](#)

- Al presentarse la complicación, se cambió la técnica quirúrgica a cirugía abierta (hecho que había autorizado previamente en el consentimiento informado la paciente) y el cirujano que represento realizó la cirugía que se requería para tratar la lesión de las vías biliares.

- La señora evolucionó bien de la cirugía y fue dada de alta sin signos o síntomas de complicaciones adicionales.

- Varios días después, la paciente reingresa al hospital con signos de fistula y estenosis biliar por lo que fue remitida a la CFVL donde se trató adecuadamente, posteriormente se remitió al Hospital nuevamente para continuar su tratamiento con buena evolución, hasta lograr su recuperación.»

1.4.2 La demandante³⁰

La parte activa de la litis recalca que el diagnóstico post operatorio es una lesión iatrogénica, es decir un daño causado por el médico de manera voluntario o involuntaria en la vía biliar, diagnóstico por el que la atendieron en la Clínica Valle del Lili hasta el 15 de marzo de 2011 y tuvo que presentar una tutela con incidentes de desacato para que le practiquen en el Hospital Departamental Evaristo García una cirugía de reconstrucción de las vías biliares el 9 de octubre de 2012, procedimiento que se dio con éxito y por lo que en pocos meses fueron desapareciendo las consultas a urgencias de la demandante.

Además, manifiesta que por su diagnóstico debe tomar por siempre el medicamento llamado URSACOL, sin embargo, no cuenta con dinero para su obtención.

Por último, resalta que, aunque haya firmado el consentimiento informado, pre operatorio, no es eximente de responsabilidad.

1.4.3. Dr. Fernando Rodríguez Holguín³¹.

Argumenta que la lesión iatrogénica no es imputable por cuanto la lesión en la vía biliar se produjo como consecuencia de la materialización de uno de los riesgos propios del procedimiento quirúrgico practicado, lo cual quedó probado con las pruebas que obran en el proceso.

1.4.4. La Universidad CES³²

Reiteró lo expuesto en su contestación de demanda y agregó que con las pruebas aportadas se demuestra que el personal médico actuó con diligencia dentro del procedimiento médico practicado a la demandante.

1.4.5 La sociedad Seguros Generales Suramericana³³

Expresó que no se probó dentro del trámite del proceso la falla en el servicio médico por los profesionales de la salud del Hospital Isaías Duarte Cancino E.S.E. sino que quedó probado que estos se sujetaron a la lex artis.

³⁰ [Alegatos parte demandante.](#)

³¹ [Alegatos Dr. Fernando Rodríguez Holguín.](#)

³² [Alegatos Universidad CES](#)

³³ [Alegatos Sociedad Seguros Generales Suramericana S.A.](#)

Recuerda que las condiciones de la paciente Patricia Pillimué Arbeláez incrementaban el nivel de riesgo de la intervención puesto que padecía de i) una rara malformación conocida como situs inversus; ii) una vesícula biliar escleroatrófica, consecuencia de una inflamación crónica que endureció los tejidos y la redujo de tamaño considerablemente; iii) colecistitis crónica por más de 20 años; y, iv) tenía 41 años para el momento del procedimiento.

Como se encuentran acreditados los presupuestos de validez (no causales de nulidad) y eficacia (no causales para la inhibición) del proceso, se procede a emitir sentencia de mérito, previa las siguientes,

II. CONSIDERACIONES

2.1. Competencia

Debido al territorio, la cuantía y la naturaleza de las pretensiones este Despacho es competente para conocer de este asunto.

2.2. De las excepciones

De las excepciones propuestas por la parte pasiva de la litis se tiene que la única previa que debe resolverse en este momento procesal es la de caducidad de la acción para los demandantes Jairo Saúl Martínez Acosta, Zulma Julieth Martínez Pillimué, Erika Vanessa Martínez Pillimué, Claudia Marcela Martínez Pillimué y Nini Johana Martínez Pillimué, propuesta por el Dr. Fernando Rodríguez Holguín y la Universidad CES ya que las demás atacan el fondo del asunto por lo que se resolverán en conjunto.

El argumento con el cual se sustenta dicho fenómeno jurídico tiene que ver con que los demandantes mencionados otorgaron poder el 22 de agosto de 2011, con posterioridad al auto inadmisorio de la demanda, fecha para la cual ya había operado la caducidad pues los hechos ocurrieron el 26 de junio de 2009 y en consecuencia la demanda caducaba el 27 de junio de 2011.

Al respecto, debe decirse que el término de 2 años dispuestos para la interposición de la demanda empezaron a correr el 27 de junio de 2009, día siguiente a la intervención quirúrgica de la señora Patricia Pillimué Arbeláez, es decir que inicialmente la parte demandante tenía hasta el 27 de junio de 2011 para interponer la demanda de reparación directa, sin embargo, al solicitar la práctica de la conciliación prejudicial el 17 de noviembre de 2010 interrumpió el término de caducidad conforme lo expuesto por el artículo 21 de la Ley 640 de 2001 norma que expresa:

«ARTÍCULO 21. Suspensión de la prescripción o de la caducidad. La presentación de la solicitud de conciliación extrajudicial en derecho ante el conciliador suspende el término de prescripción o de caducidad, según el caso, hasta que se logre el acuerdo conciliatorio o hasta que el acta de conciliación se haya registrado en los casos en que este trámite sea exigido por la ley o hasta que se expidan las constancias a que se refiere el artículo 2 de la presente ley o hasta que se venza el término de tres (3) meses a que se refiere el artículo anterior, lo que ocurra primero. Esta suspensión operará por una sola vez y será improrrogable.»

Ahora bien, en la medida en que la constancia de agotamiento de requisito de procedibilidad, el Procurador 60 Judicial I Para Asuntos Administrativos Ante los Juzgados Administrativos de Cali la emitió el 25 de enero de 2011, la interrupción se entiende realizada por 2 meses y 8 días los cuales, sumados al 27 de junio de 2011, permiten concluir que los dos años de caducidad se vencían el 4 de septiembre de 2011.

Los demandantes Jairo Saúl Martínez Acosta, Zulma Julieth Martinez Pillimué, Erika Vanessa Martínez Pillimué, Claudia Marcela Martínez Pillimué y Nini Johana Martínez Pillimué firmaron los poderes el 22 de agosto de 2011 y su apoderado presentó la subsanación de la demanda el 24 de agosto del mismo año, antes del 4 de septiembre de 2011, plazo máximo para que no opere la caducidad, razón por la cual se declarará impróspera dicha excepción en la medida en que los demandantes se presentaron de forma oportuna.

Por último, sobre la innominada es preciso decir que no hay lugar a dar por acreditada ninguna excepción a esta instancia en el proceso.

2.3. El problema jurídico a resolver

En el sub-lite se debe resolver el siguiente interrogante jurídico:

Corresponde al despacho determinar si los demandados son responsables por la lesión iatrogénica padecida por la señora Patricia Pillimué Arbeláez dentro del procedimiento quirúrgico practicado el 26 de junio de 2009 por la supuesta impericia del personal médico.

Para resolver el problema jurídico referenciado, se tendrán en cuenta el siguiente marcos jurídico y jurisprudencial.

2.4. Régimen de responsabilidad estatal aplicable a casos que impliquen responsabilidad por falla médica.

La jurisprudencia de la máxima autoridad contenciosa administrativa ha evolucionado frente al tema pasando por el régimen de falla probada del servicio, falla presunta del servicio, carga dinámica de la prueba.

El recuento de dicha evolución fue relatado por el Consejo de Estado, en sentencia del 10 de septiembre de 2014³⁴, de la siguiente forma:

(...) Un primer momento en la evolución jurisprudencial sobre la responsabilidad por el servicio médico asistencial, exigía al actor aportar la prueba de la falla para la prosperidad

³⁴ CONSEJO DE ESTADO, SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO, SECCION TERCERA, SUBSECCION C, Consejera ponente: OLGA MELIDA VALLE DE DE LA HOZ, Bogotá, D.C., diez (10) de septiembre de dos mil catorce (2014), Radicación número: 25000-23-26-000-2001-00014-01(27365), Actor: LILIANA FLOREZ ORTIZ, Demandado: HOSPITAL LA GRANJA II NIVEL DE ATENCION E.S.E. Y OTROS Referencia: APELACION SENTENCIA - ACCION DE REPARACION DIRECTA

de sus pretensiones, por considerar que se trataba de una obligación de medio y, por lo tanto, de la sola existencia del daño no había lugar a presumir la falla del servicio.

En la década anterior se introdujeron algunos criterios con el objeto de morigerar la carga de la prueba de la falla del servicio, aunque siempre sobre la noción de que dicha falla era el fundamento de la responsabilidad de la administración por la prestación del servicio médico.

Así, en sentencia de octubre 24 de 1990, expediente No. 5902, se empezó a introducir el principio de presunción de falla del servicio médico, que posteriormente fue adoptado de manera explícita por la Sección. En esta providencia se consideró que el artículo 1604 del Código Civil debía ser aplicado también en relación con la responsabilidad extracontractual y, en consecuencia, la prueba de la diligencia y cuidado correspondía al demandado en los casos de responsabilidad médica.

La presunción de falla del servicio médico que con esta posición jurisprudencial se acogió, fue reiterada en decisión del 30 de julio de 1992, expediente No. 6897, pero con un fundamento jurídico diferente, el cual hacía referencia a la mejor posibilidad en que se encontraban los profesionales de explicar y demostrar el tratamiento que aplicaron al paciente, dado su “conocimiento técnico y real por cuanto ejecutaron la respectiva conducta”, lo cual les permitía satisfacer las inquietudes y cuestionamientos que pudieran formularse contra sus procedimientos.

Esa regla de juicio había sido tratada desde antes en la doctrina y jurisprudencia foráneas. Así, por ejemplo, en los años ochenta había una fuerte tendencia entre los autores y jueces argentinos de considerar que el médico era quien se encontraba en mejores condiciones probatorias, porque era quien poseía la prueba y tenía una explicación posible de lo sucedido³⁵. En sentido contrario, Mazeaud y Tunc, consideraban desde tiempo atrás que quien se encontraba en mejores condiciones de probar era el paciente y no el médico, pues a este le resultaba extremadamente difícil demostrar su diligencia permanente. “Tan solo una persona del oficio, al menos tan perita como él y que hubiera seguido todos sus actos, podría declarar que el médico ha prestado cuidados concienzudos, solícitos y conformes con los resultados conseguidos por la ciencia”³⁶.

Posteriormente, la Sala cuestionó la aplicación generalizada de la presunción de la falla del servicio y señaló que dicha presunción no debía ser aplicada de manera general, sino que en cada caso el juez debía establecer cuál de las partes estaba en mejores condiciones de probar la falla o su ausencia. Dijo la Sala:

“..no todos los hechos y circunstancias relevantes para establecer si las entidades públicas obraron debidamente tienen implicaciones técnicas y científicas. Habrá que valorar en cada caso, si estas se encuentran presentes o no. Así, habrá situaciones en las que, es el paciente quien se encuentra en mejor posición para demostrar ciertos hechos relacionados con la actuación de la entidad respectiva. Allí está, precisamente, la explicación del dinamismo de las cargas, cuya aplicación se hace imposible ante el recurso obligado a la

³⁵ Sobre este aspecto ver, por ejemplo, RICARDO LUIS LORENZETTI. *Responsabilidad Civil de los Médicos*. Buenos Aires. Rubinzal-Culzoni Editores, 1997. Tomo II, pág. 218.

³⁶ MAZEAUD Y TUNC. *Tratado teórico y práctico de la responsabilidad civil delictual y cuasidelictual*. Buenos Aires. Ediciones Jurídicas Europa-América, 1962. Tomo I, Volumen II, pág. 405.

*teoría de la falla del servicio presunta, donde simplemente se produce la inversión permanente del deber probatorio*³⁷.

Sin embargo, se advirtió en la práctica jurisprudencial que la aplicación de esa regla probatoria traía mayores dificultades de las que podría ayudar a solucionar, pues la definición de cuál era la parte que estaba en mejores condiciones de probar determinados hechos relacionados con la actuación médica, sólo podía definirse en el auto que decretara las pruebas y nunca en la sentencia. Lo contrario implicaría sorprender a las partes atribuyéndoles los efectos de las deficiencias probatorias, con fundamento en una regla diferente a la prevista en el artículo 177 del Código de Procedimiento Civil, en un momento procesal en el que ya no tenían oportunidad de ejercer su derecho de defensa aportando nuevas pruebas.

Pero, señalar en el auto de decreto de pruebas la distribución de las cargas probatorias es en la práctica sumamente difícil, dado que para ese momento el juez sólo cuenta con la información que se suministra en la demanda y su contestación, la que regularmente es muy incipiente.

Los reparos anteriores han sido controvertidos por los defensores de la teoría de las cargas dinámicas de las pruebas, con fundamento en la existencia del deber de lealtad que asiste a las partes en el proceso, el cual les obliga a suministrar todos los medios de que disponen para acreditar la veracidad de los hechos y, en consecuencia, que bien puede el juez en la sentencia hacer correr a la parte negligente con los efectos adversos de su omisión probatoria.

Sin embargo, no es necesario modificar las reglas probatorias señaladas en la ley para hacer efectivas las consecuencias que se derivan de la violación del deber de lealtad de las partes, dado que el artículo 249 del Código de Procedimiento Civil, establece que el juez podrá deducir indicios de su conducta procesal.

Así, por ejemplo, de la renuencia a suministrar la historia clínica, o hacerlo de manera incompleta, o no documentar datos relevantes de la prestación médica, puede inferirse el interés de la parte de ocultar un hecho que le resulta adverso a sus intereses; como puede serlo también en contra de la parte demandante, el negarse a la práctica de un examen médico con el fin de establecer la veracidad de las secuelas que hubiera podido derivarse de una intervención, o el ocultar información sobre sus antecedentes congénitos, que por ejemplo, pudieran tener incidencia sobre la causa del daño aparentemente derivado de la intervención médica.

Por eso, de manera reciente la Sala ha recogido las reglas jurisprudenciales anteriores, es decir, las de presunción de falla médica, o de la distribución de las cargas probatorias de acuerdo con el juicio sobre la mejor posibilidad de su aporte, para acoger la regla general que señala que en materia de responsabilidad médica deben estar acreditados en el proceso todos los elementos que la configuran, para lo cual se puede echar mano de todos los medios probatorios legalmente aceptados, cobrando particular importancia la prueba indiciaria que pueda construirse con fundamento en las demás pruebas que obren en el proceso, en especial para la demostración del nexo causal entre la actividad médica y el daño.

³⁷ Sentencia del 10 de febrero de 2000, Exp: 11.878. En el mismo sentido, sentencia del 8 de febrero de 2001, Exp: 12.792.

Se acoge dicho criterio porque además de ajustarse a la normatividad vigente (art. 90 de la Constitución y 177 del Código de Procedimiento Civil), resulta más equitativa. La presunción de la falla del servicio margina del debate probatorio asuntos muy relevantes, como el de la distinción entre los hechos que pueden calificarse como omisiones, retardos o deficiencias y los que constituyen efectos de la misma enfermedad que sufra el paciente. La presunción traslada al Estado la carga de desvirtuar una presunción que falló, en una materia tan compleja, donde el alea constituye un factor inevitable y donde el paso del tiempo y las condiciones de masa (impersonales) en las que se presta el servicio en las instituciones públicas hacen muy compleja la demostración de todos los actos en los que este se materializa.

En efecto, no debe perderse de vista que el sólo transcurso del tiempo entre el momento en que se presta el servicio y aquél en el que la entidad debe ejercer su defensa, aunado además a la imposibilidad de establecer una relación más estrecha entre los médicos y sus pacientes, hace a veces más difícil para la entidad que para el paciente acreditar las circunstancias en las cuales se prestó el servicio. Por eso, el énfasis debe centrarse en la exigencia institucional de llevar las historias clínicas de manera tan completa y clara que su solo estudio permita al juez, con la ayuda de peritos idóneos si es necesario, establecer si hubo o no responsabilidad estatal en los daños que aduzcan sufrir los pacientes como consecuencia de la prestación del servicio médico.»³⁸

Recientemente, el Consejo de Estado, en sentencia del 19 de octubre de 2023³⁹, frente al régimen de imputación que se debe aplicar en casos de responsabilidad médica estableció que:

«23. Para la Sala resulta oportuno precisar que, en virtud de la regla técnica “el juez conoce el derecho” (iura novit curia), de conformidad con los hechos alegados o probados en el proceso, le corresponde al juez definir el régimen aplicable al caso²³. Sobre el alcance de esta regla técnica, esta Subsección ha sostenido que el juez goza de la facultad de fundar jurídicamente su decisión a partir de las categorías, fundamentos o razones jurídicas que considere adecuadas²⁴ siempre que se respeten los límites establecidos por la jurisprudencia, relacionados con la imposibilidad de modificar la causa petendi y el respeto del derecho de defensa de las entidades demandadas²⁵.

De esta manera, el título de imputación debe observarse como una regla de justicia, que de manera independiente a la fundamentación que den las partes sobre ella, le corresponde al juez operar en cada caso concreto.»

Ahora bien, independientemente del régimen que se aplique, para asignar responsabilidad médica deben probarse todos los elementos de responsabilidad extracontractual del estado como son el daño antijurídico, una actividad u omisión médica por parte de la entidad estatal y el nexo causal.

³⁸ Consejo de Estado; Sección Tercera, Sentencia del 31 de agosto de 2006, Exp. 15772; C.P. Ruth Stella Correa.

³⁹ CONSEJO DE ESTADO, SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO, SECCIÓN TERCERA, SUBSECCIÓN B, Magistrado ponente: Alberto Montaña Plata, Bogotá D.C., 19 de octubre de 2023, Radicado: 25000-23-26-000-2011-00987-01 (56975), Demandantes: Diana Pacheco Estupiñán y otros, Demandados: Hospital el Tunal III Nivel y otro, Referencia: Reparación directa.

Respecto al daño el Consejo de Estado ha determinado que debe verificarse que sea cierto, presente o futuro, determinado o determinable, anormal y que se trate de una situación jurídicamente protegida.

Sobre la falla médica la Alta Corporación⁴⁰ manifestó.

“En materia médica, para que pueda predicarse la existencia de una falla, la Sala ha precisado que es necesario que se demuestre que la atención no cumplió con estándares de calidad fijados por el estado del arte de la ciencia médica, vigente en el momento de la ocurrencia del hecho dañoso. Del mismo modo, deberá probarse que el servicio médico no ha sido cubierto en forma diligente, esto es, que no se prestó el servicio con el empleo de todos y cada uno de los medios humanos, científicos, farmacéuticos y técnicos que se tengan al alcance (...).”

Por su parte, el nexo causal se identifica una vez se verifica que esa falla fue ocasionada por la acción u omisión de la entidad estatal que por Ley resultaba ser garante en dicha situación.

Sin embargo, la entidad puede ser exonerada de responsabilidad si acredita diligencia y cuidado, o que el daño sobrevino como consecuencia de una causa externa, como la culpa de la víctima o el hecho de un tercero, o que fue el desenlace natural de la patología del paciente.

Respecto al riesgo natural de una intervención quirúrgica el Consejo de Estado en providencia del 31 de mayo de 2016⁴¹ adujo que:

“En efecto, a pesar de los notables progresos que ha experimentado en los últimos siglos, el ejercicio de la medicina comporta riesgos cuyo control escapa a la ciencia, haciendo ajena a la actividad la completa exactitud y a cualquier pretensión de infalibilidad. Esto es así porque todo procedimiento médico implica algún grado de riesgo (así en algunos casos pueda ser ínfimo) cuya eventual realización la asume el paciente, una vez conocida en forma de consentimiento informado.

En vista, pues, de que a la práctica médica atañe siempre un cierto componente de inexactitud o si se quiere de alea, no es dable sostener que las obligaciones que las instituciones médicas y asimismo los profesionales de la salud contraen con los pacientes sean de resultado. Por eso, aunque se han abandonado unánimemente las posturas que abogan por una total irresponsabilidad del médico, la naturaleza de medio de las obligaciones médico asistenciales y hospitalarias es de común aceptación”.

⁴⁰ Consejo de Estado, Sección Tercera, Subsección B. Sentencia de 30 de octubre de 2013. Expediente con radicación 66000-23-31-000-1998-00181-01 (24985). C.P. Dr. Danilo Rojas Betancourt. Ver también la sentencia de la Sala de lo Contencioso Administrativo-Sección Tercera-C.P. María Adriana Marín, sentencia del ocho (8) de noviembre de dos mil veintiuno (2021), Radicación número: 18001-23-31-000-2006-00364-01(46258)

⁴¹ CONSEJO DE ESTADO. SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO. SECCIÓN TERCERA - SUBSECCIÓN B. Consejera ponente: STELLA CONTO DÍAZ DEL CASTILLO. Bogotá, D.C., treinta y uno (31) de mayo de dos mil dieciséis (2016). Radicación número: 17001-23-31-000-2002-11611-01(33650). Actor: NORLEY MEJÍA CRUZ. Demandado: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS RIOSUCIO Y HOSPITAL DE CALDAS E.S.E.

En tal sentido, si bien es cierto que el paciente tiene derecho a exigir la mayor diligencia posible, debe considerarse que el mero “fracaso” del procedimiento médico no constituye per se una violación de las obligaciones que se adquieren con la prestación.

2.5 Pérdida de oportunidad como elemento para establecer responsabilidad en el servicio médico.

El Consejo de Estado en sentencia del 26 de enero de 2012⁴², frente al tema se pronunció, así:

«La pérdida de la oportunidad, en materia médica establece la responsabilidad de los prestadores de servicios médicos y hospitalarios en aquellos casos en los cuales no se brindan al paciente todos los tratamientos y cuidados adecuados y oportunos, aun cuando estos no garanticen totalmente que el daño se hubiera evitado.

En consecuencia, la pérdida de la oportunidad hace referencia, como su nombre lo indica, a la disminución en la probabilidad de haberse evitado el daño que finalmente se causó, planteamiento que, pese a la facilidad en su formulación, ha presentado desde antaño una gran dificultad en su aplicabilidad. En esta línea de pensamiento, en sentencia de veintiocho (28) de abril de dos mil diez (2010), la Sección Tercera expresó:

“Se destaca que la determinación de la pérdida de la oportunidad no puede ser una mera especulación, es necesario que de manera científica quede establecido cuál era la posibilidad real del paciente de recuperar su salud o preservar su vida, y que esa expectativa haya sido frustrada por omisiones o erradas acciones en la actuación médica.

En este aspecto hay que prestar la máxima atención y no resolver como pérdida de oportunidad eventos en los cuales lo que realmente se presentan son dificultades al establecer el nexo causal. Pero, si bien se requiere que se encuentre demostrado que la prestación del servicio médico constituía una oportunidad real y no meramente hipotética para el paciente de recuperar su salud o prolongar su vida, también debe quedar claro que esa ventaja debe ser una posibilidad, cuya materialización dependa también de otros factores, como las propias condiciones del paciente, porque en aquellos eventos en los cuales no se trate de una oportunidad sino que se cuenta con la prueba cierta de la existencia de nexo causal entre la actuación deficiente u omisión de la prestación del servicio médico, no se estaría ante un caso de responsabilidad patrimonial del Estado por pérdida de oportunidad sino por falla del servicio médico”

En similar sentido esta Subsección ha precisado que la pérdida de la oportunidad se traduce en un perjuicio autónomo, diferente del daño final al que realmente se vio sometido el paciente.

“Precisamente, la jurisprudencia de esta Corporación, ha sido enfática en señalar que la pérdida de oportunidad no puede servir de fundamento para los casos en los cuales existe duda sobre el vínculo causal entre el hecho y el daño final padecido por el paciente. Como se dijo en párrafos anteriores, si bien en los asuntos de responsabilidad por servicios

⁴² Consejero ponente: HERNAN ANDRADE RINCON Bogotá, D.C., veintiséis (26) de enero de dos mil doce (2012) Radicación número: 19001-23-31-000-1998-01005-01(21726) Actor: JULIETA RIVERA MORCILLO Y OTROS Demandado: INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES y HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN Referencia: ACCION DE REPARACION DIRECTA (APELACION SENTENCIA)

médico – asistenciales, el nexo causal es, en veces, difícil de establecer, a éste se puede llegar por la vía indiciaria, e incluso, la jurisprudencia ha señalado que puede estructurarse con menor rigor, cuando los conocimientos científicos propios de la ciencia médica impiden conocer con relativa certeza la causa del daño. “Por esta razón la Sala considera que la pérdida de oportunidad se ubica en el campo del daño – sin desconocer que, por elementales razones guarda estrecho vínculo con la relación de causalidad, -la causalidad existente entre el hecho imputable y el daño para estructurar la responsabilidad - y por lo mismo, resulta ser un perjuicio autónomo que, no obstante, es indemnizable, diferente al daño final padecido por el paciente”

2.7. De lo probado con el acervo probatorio allegado a la actuación.

El expediente en mención consta de siete cuadernos a saber: El cuaderno principal (Folios 1-493), cuaderno No. 2 Apelación de auto (Folios 312 a 327), cuaderno No. 3 Llamado en garantía (Folios 1 a 10), cuaderno No. 4 Llamado en garantía (Folios 1 a 32), cuaderno No. 5 Pruebas (Folios 1 a 236), cuaderno No. 6 Pruebas (Folios 1 a 210) y cuaderno No. 7 Recurso de queja (Folios 1 a 161).

Documentales:

- Historia clínica registrada en el Hospital Isaías Duarte Cancino E.S.E, en la cual se relaciona que:
 - El 26 de junio de 2009, el personal médico compuesto por el cirujano Julián Molano, ayudante Fernando Rodríguez, Anestesiólogo Dr. Torres, Instrumentadora Gisella, le practicaron a la señora Patricia Pillimué Arbeláez de 41 años de edad, unas intervenciones quirúrgicas denominadas como colecistectomía y reconstrucción vía biliar, la primera por un diagnóstico pre operatorio de colelitiasis y la segunda por un diagnóstico post operatorio de lesión vía biliar iatrogénica.
 - Dentro de la intervención se encontraron los siguientes hallazgos *«paciente con situs inversus a quien se intenta realizar colecistectomía laparoscópica con 4 puertos, se encuentra vesícula escleroatrófica con múltiples cálculos y adherencias colédoco.»*
 - También se reportó que *«hubo asepsia, colocación de campos estériles, 4 puertos neumoperitoneo, encuentra hallazgos se convierte a técnica abierta, se termina colecistectomía ... se encuentran 2 cabos del colédoco, se debridan y sutura ... se deja tubo en T # 14 se coloca dren subhepático cierre ...»* (Folio 12 del cuaderno 1).
- Historia clínica registrada en el Hospital Isaías Duarte Cancino E.S.E, donde consta que la señora Patricia Pillimué Arbeláez ingresó el 3 de julio de 2009 a hospitalización por dolor en el abdomen producido probablemente por procedimiento consistente en retiro de dren subhepático, el médico decidió darle salida con analgésicos y antibióticos y con la recomendación de que se comunique con su médico tratante el Dr. Molano. (Ibidem Folio 17)

- Historia clínica registrada en el Hospital Isaías Duarte Cancino E.S.E, donde consta que la señora Patricia Pillimué Arbeláez ingresó el 11 de julio de 2009 a hospitalización por presentar alza térmica, en dicho documento se deja constancia que cuatro días antes necesitó de inserción de catéter para drenar colección subhepática, además que para el 14 de julio del mismo año tuvo una buena evolución. (Ibidem Folio 13)
- Orden médica del 10 de julio de 2009 en la que el Dr. Fernando Rodríguez Especialista en cirugía le ordena a la señora Patricia Pillimué Arbeláez drenaje ... x TAC de colección perihepática. (Ib. Folio 15)
- Orden médica de hospitalización del 10 de julio de 2009 emitida por el Dr. Fernando Rodríguez. (Ib. Folio 19)
- Resultado de escanografía practicada en la Fundación Valle del Lili, del 10 de julio de 2009, donde se lee *«Se realizaron cortes axiales desde los hemidiafragmas hasta la sínfisis pública posterior a la administración de medio de contraste oral y endovenoso observando: Existe situs inverso total, el hígado se localiza en el hipocondrio izquierdo y epigastrio de contornos irregulares de borden bien definidos llama la atención la presencia de una imagen sugestiva de un catéter en el trayecto de la vía biliar y abundante cantidad de líquido libre pericapsular hepático, la vena porta se encuentra permeable, el páncreas se visualiza de densidad normal sin cambios en la densidad de la grasa, el bazo no presenta alteraciones, riñones de forma, tamaño, contornos y posición usual, hay engrosamiento de las paredes de las asas intestinales delgadas sin otras alteraciones asociadas, la vejiga es de paredes delgadas de contornos bien definidos, llama la atención una imagen hipodensa redondeada bien definida a nivel de la vagina en relación con un probable quiste en esta localización localizado hacia la región de los labios mayores en el lado derecho mide 4.0 cm de diámetro mayor, cambios difusos en la densidad del útero que pueden estar en relación con presencia de miomas, pequeño quiste anexial izquierdo de aproximadamente 2.0cm.»* (Ib. Folio 20)
- Historia clínica emitida en la Clínica Valle del Lili el 10 de julio de 2009, donde se dejó constancia que la señora Patricia Pillimué ingresó por urgencias, hace 3 semanas se le realizó colecistectomía abierta convertida por lesión de vía biliar (sección 100% colédoco) se le realizó reparación (anastomosis TT) y se dejó tubo en T en colédoco y dren subhepático que se retiró hace 2 semanas sin drenaje. Consulta por dolor y taquicardia. Se sospecha una colección perihepática vs biliperitoneo por lo cual remite a FVL para estudio y hospitalización

En el mismo documento se observa que el mismo día el Dr. José Abella Calle le realiza punción y drenaje de colección perihepática dejando catéter en sitio de colección drenando activamente material amarillo verdoso – se habla con médico tratante y se decide dejar drenaje al límite salida. (Ib. Folio 21)

- Informe de patología Quirúrgica del 15 de julio de 2009 donde se determina que la vesícula biliar abierta de la señora Patricia Pillimué Arbeláez mide 8 x 1 cm, no presenta cálculos al corte, no tiene paredes engrosadas y tenía un diagnóstico de colecistitis crónica, litiasis no representada y fibrosis/atròfia. (Ibidem Folio 14)
- Resultado de ecografía renal y vías urinarias del 16 de julio de 2009 donde entre otros hallazgos se deja constancia que en la vejiga «se observa liquido libre a nivel del espacio subhepático el cual se encuentra encapsulado en dos colecciones adyacente una a la otra que miden 6.4 y 6.3 cm y a nivel de fosa iliaca derecha se observa una imagen de pseudosaco que mide 1.5 cms se sugiere complementar con beta cuantitativa más ecografía transvaginal». (Ib. Folio 16)
- Historia clínica del 24 de julio de 2024, emitida en la Fundación Valle del Lili donde consta que la señora Patricia Pillimué Arbeláez, ingresa a urgencias con fiebre y dolor abdominal, muestra ecografía HUB donde se observa una segunda colección perihepática, es decir una segunda lesión en la vía biliar reconstruida por lo que el Dr. Fernando Rodríguez decide realizarle punción guiada bajo TAC de colección perihepática y dejarle dren pig tail, posteriormente con buena evolución. (Ib Folios 24 a 26)
- Resultado de ecografía abdominal practicada en la Fundación Valle del Lili, del 24 de julio de 2009, donde se lee «*Paciente con situs inversus completo, hígado a la izquierda y antecedente quirúrgico de colecistectomía, con colecciones post quirúrgicas que en el momento presenta dren en hipocondrio izquierdo. Hígado ubicado a la izquierda de tamaño y contornos bien definidos. Presencia de 2 colecciones adyacentes al hígado, la primera de ellas, la más pequeña, se ubica en la porción anterior y hacia la izquierda del hígado y contiene aproximadamente 75cc. Esta colección presenta paredes delgadas, bordes bien definidos y ecos en su interior. La segunda colección, la mayor de ellas, se ubica hacia el lado derecho y contiene aproximadamente 386cc. No presenta ecos internos y sus paredes son delgadas y bordes bien definidos. (...)*» (Ib. Folio 27)
- Historia Clínica del Hospital Isaías Duarte Cancino E.S.E., del 25 de julio de 2009, donde consta que la señora Patricia Pillimué Arbeláez, ingresó remitida a hospitalización por colección perihepática lo que deciden manejar con ATB, cefmaxona y paraclínicos. (Ib. Folio 28)
- Historia Clínica de consulta externa en la Fundación Valle del Lili donde el Dr. Luis Armando Caicedo refiere que para el 24 de agosto de 2009, la señora Patricia Pillimué Arbeláez para tratar su diagnóstico tenía 2 drenajes, un tubo en T que produce 200-300 cc/24 y otro tubo de 100cc que no produce pero que se encuentra en buenas condiciones y que para manejar las colecciones es necesario antes de retirar el pistail hacer una ecografía, advierte que tiene chace alto de estenosis y decide dejar tubo en T por tres meses más y luego retirarlo. Concluye manifestando que en caso de ser necesario se manejaría con CPER

solo si hay fracaso con esa intervención se justificaría la reconstrucción con YROUX. (Ib.Folio 31)

- Consentimiento informado del 10 de septiembre de 2009, emitido en la Fundación Valle del Lili, para realizarle a la señora Patricia Pillimúé Arbeláez, una colocación de catéter de drenaje. (Ib.Folio 32)
- Resultado de ecografía hepatobiliar del 28 de agosto de 2009, practicada en la Fundación Valle del Lili, donde consta «*Se observa hígado a la izquierda por situs inverso, en el segmento anatómico VII se identifica pequeña colección líquida de 44mm de diámetro con catéter de drenaje en su interior, no se identifica otras lesiones en parénquima hepático, no dilatación de la vía biliar ...*» (Ib.Folio 34)
- Resultado de estudio fistulografía a través de catéter percutáneo del 28 de agosto de 2009, realizado en la Fundación Valle del Lili, donde consta que «*no se observa paso de contraste a los conductos biliares. Se realiza irrigación y aspirado con suero fisiológico y se procede a retirar el catéter percutáneo. Se inyecta posteriormente medio de contraste a través de tubo en T observando llenamiento de la vía biliar intra y extrahepática con paso de contraste al duodeno. La vía biliar es de diámetro normal.*» (Ib.Folio 35)
- Historia clínica emitida en la Fundación Valle del Lili el 27 de octubre de 2009, donde se observa que la señora Patricia Pillimúé Arbeláez ingresó por dolor abdominal y con medicamentos mejoró. (Ib.Folio 36)
- Orden y autorización del 2 de diciembre de 2009, emitida por el Dr. Luis Armando Cicedo R y la Fundación Valle del Lili, para que la señora Patricia Pillimúé Arbeláez, se practique una colangiografía endoscópica y posible STENT en VB. (Ib.Folios 37 y 38)
- Resultado de la colangiografía endoscópica retrograda practicada el 29 de enero de 2010 en la Clínica Valle del Lili, donde consta que «*Se avanza equipo hasta segunda Proción duodenal, encontrando papila de aspecto usual. Se caracteriza sin dificultad con papilótomo y se inyecta medio de contraste selectivamente en la vía biliar, encontrando vía biliar dilatada, colédoco dilatado hasta 8 mm y a nivel del hepático común una estenosis filiforme de 3mm. Se intenta avanzar la guía hidrofílica proximal a la estenosis, sin lograr vencerla. Se suspende procedimiento. Se deja el paciente en observación durante 2 horas, sin presentar dolor ni otra complicación durante la observación. Se da salida recomendaciones de consultar a urgencias FCVL si presenta notable dolor, fiebre o cualquier otro signo que llame la atención.*» (Ib.Folio 39)
- Consentimiento informado del 29 de enero de 2010, emitido en la Fundación Valle del Lili, para realizarle a la señora Patricia Pillimúé Arbeláez, la endoscopia. (Ib.Folio 40)

- Resumen de egreso dictado por el Dr. Fernando Rodríguez Holguín donde hace un resumen de lo acontecido con la señora Patricia Pillimué Arbeláez, quien ingresó el 4 y egreso el 10 de febrero de 2010, de la siguiente forma: «Paciente con antecedente de una lesión de la vía biliar durante una colecistectomía laparoscópica, quien se diagnosticó en el mismo evento quirúrgico, ha sido manejada con múltiples oportunidades con drenajes por biliperitoneo y en múltiples hospitalizaciones. En el momento la paciente lleva varios meses sin fístula biliar y presenta en las últimas semanas cuadro de obstrucción de la vía biliar con ictericia y síntomas asociados a ictericia obstructiva. Se decide hospitalizar para realización de una CPER que mostró estenosis de la vía biliar que no fue franqueable con este procedimiento por lo cual se envía programada al Dr. Holguin para realizarle una CPER y colocación de stent por vía externa. El 4 de febrero ingresa a esta institución por el servicio de radiología para realización de colangio transparietohepática procedimiento durante el cual no fue posible franquear la estenosis en este sentido encontrando adicionalmente edema de la vía biliar asociado al procedimiento previo que se había realizado una CPER, se deja hospitalizada unos días mientras la vía biliar desedematiza para intentar nuevamente y realizar el procedimiento. Paciente evoluciona satisfactoriamente con ictericia obstructiva, con mejoría progresiva de los síntomas, no presenta sangrado, ni abdomen agudo, no signos de irritación peritoneal que hagan sospechar que haya sangrado por punción hepática ni biliperitoneo. Se reprograma el procedimiento el 9 de febrero con el Dr. Holguin quien realiza una colangio transparietohepática la cual logra pasar la lesión estenótica, realizar dilatación y colocación de un stent con un dren interno – externo que se deja fijado en piel con drenaje permanente, procedimiento sin complicaciones. (Ib.Folio 41)
- Historia clínica del 10 de marzo de 2010, emitida en la Clínica Valle del Lili, donde consta que la señora Patricia Pillimué Arbeláez, ingresó por urgencias con fiebre y dolor de espalda, le practicaron exámenes y la trataron con medicamentos. (Ib.Folios 42 y 43)
- Autorización de la Fundación Valle del Lili para practicarle a la señora Patricia Pillimué Arbeláez una colangiografía percutánea y otro procedimiento ilegible. (Ib.Folio 44)
- Historia de evolución de consulta externa en la Fundación Valle del Lili, donde consta que el 25 de mayo de 2010 se observó que post retiro del catéter persiste la estenosis, se dilata con balón de 8 x 3 lo que dio como resultado mayor peso del contraste. La citan a control en 3 meses para cambio de catéter. (Ib.Folio 45)
- Consentimiento informado para realizar hemodinamia el 25 de mayo de 2010 en la clínica Valle del Lili, es decir cambio de catéter de drenaje biliar. (Ib.Folio 46)
- Resumen de egreso emitido por el Dr. Jairo Alberto García Abadía de la Fundación Valle del Lili, donde consta que la paciente ingresó el 25 y egreso el 26 de mayo de 2010, y que «*Paciente ampliamente conocida en la institución con*

antecedente de situs inverso y lesión iatrogénica de la vía biliar no manipulable por endoscopia, quien ingresa de forma electiva para la realización de recambio de catéter de derivación del área externa y con angiografía transparietohepática a cargo de radiología. Procedimiento que se realiza sin complicaciones. Sin embargo, posterior al procedimiento, el paciente presenta cuadro de hipotensión hasta 80/60, que mejora con la administración de líquidos endovenosos, asociado a escalofrío, el cual se interpreta como posible bacteremia post manipulación de la vía biliar por CTPH, por lo cual se decide hospitalizar a la paciente para vigilancia clínica, inicio de antibióticos y reanimación con líquido endovenosos. A su ingreso la paciente presenta leucocitosis con elevación de leucocitos hasta 13.200, hemoglobina 10.8, plaquetas 257.000, PCR 1.4. Se hospitaliza paciente en piso donde evoluciona de forma satisfactoria. (...) El 26 de mayo de 2010 la paciente se encuentra alerta, febril, con disminución de leucocitosis, hemodinámicamente estable... Se decide continuar manejo de forma ambulatoria.» (Ib.Folio 47)

- Registro perioperatorio del 15 de julio de 2010, donde consta que a la demandante el practicanon una colangiografía pericutanea. (Ib.Folio 56)
- Evaluación preanestésica del 10 de octubre de 2010, donde consta que a la demandante deben realizarle una colangiografía transparieto hepática + implante stent biliar. (Ib.Folio 57)
- Resumen de egreso emitido por el Dr. Alfonso José Hoguín Holguín de la Fundación Valle del Lili, quien deja constancia que la señora Patricia Pillimúe Arbeláez, ingresó el 4 y egresó el 5 de noviembre de 2010, y que «Paciente se hospitaliza y se lleva a colangiografía percutánea, inyectando medio de contraste observando que el catéter se encuentra permeable, sin embargo se decide retirar el catéter, se avanza un introductor vascular y se inyecta medio de contraste observando moderada dilatación de la vía biliar intrahepática y persistencia de la estenosis la cual ha cedido moderadamente con respecto a estudios previos. Se avanza un balón de dilatación de 8 mm x 3 cm se hace bilioplastia en varias oportunidades obteniendo parcial la apertura del balón contra la estenosis. (...)» (Ib.Folio 59)
- Historia clínica general de la señora Patricia Pillimúe Arbeláez, del 31 de enero de 2011, donde consta que quien asume los gastos de sus tratamientos en la Fundación Valle del Lili, es la Fundación ayudemos Alice Echavarria y que se tomó colangiografía por TT hallando descolocación del mismo, se reubicó en radiología y se sugirió salida. (Ib.Folios 61 a 69)
- Historia clínica general de la señora Patricia Pillimúe Arbeláez, del 14 de marzo de 2011, donde consta que se le retira catéter con guía y se avanza un nuevo catéter. (Ib.Folios 70 a 74)

- Certificado emitido por la Universidad CES, el 1 de febrero de 2012, donde deja constancia del que el Dr. Fernando Rodríguez Holguín estuvo matriculado en el programa de especialización en cirugía general como médico residente de la universidad desde el segundo periodo académico del 2008 hasta la fecha de emisión del documento. (Ib.Folio 142)

- Trabajo científico que trata sobre la lesión quirúrgica de la vía biliar principal durante la colecistectomía laparoscópica, donde se explica que su causación incrementó con el método laparoscópico en comparación con el método convencional, refiere que los factores que predisponen su causación son: «a) *Experiencia del operador: Todas las colecistectomías fueron realizadas por médicos completamente entrenados en cirugía genera; los residentes no efectúan, en general, las CL en los dos centros quirúrgicos universitarios incluidos en el muestreo. La proporción docente / no docente en el mismo ámbito reveló diferencias llamativas, aunque sin significación estadística: 5/7 lesiones correspondieron a los docentes. El número total de CL efectuadas por los miembros de los 2 estamentos es, sin embargo, de 3:1 a favor de los no docentes. Cabe destacar que todas las lesiones ocurrieron con los 30-50 primeros casos del CL, observación que refuerza nada más lo comúnmente reportado con la técnica laparoscópica, fenómeno denominado “curva de aprendizaje”. Las cifras que marcan la diferencia entre la experiencia completa y la incompleta en CL es aún tema de controversias y varias publicaciones señalan la inclusión de una buena proporción de cirujanos “expertos” en series de lesiones de vía biliar. B) condiciones anatómicas: Uno de cada tres pacientes tenía señales de colecistitis aguda en el momento de la intervención quirúrgica; dos de estos pacientes tenían 40 años o más y antecedentes de varios episodios; uno de ellos con esclerosis vesicular manifiesta. La disección es en estos casos más laboriosa y difícil, a menudo sangrante con las consecuentes limitaciones visuales e identificación dudosa de las estructuras. En estas condiciones, el cirujano – que no cuenta con la sensación táctil necesita efectuar coagulaciones reiterativas y profundas, lavar y aspirar intermitentemente y se encuentra frecuentemente tentado a colocar clips hemostáticos sin objetivo preciso. El calibre aumentado y la longitud disminuida del conducto cístico facilitan aún más los errores de identificación y colocación de clips. Ninguna anomalía de conformación del árbol biliar fue detectada en los pacientes de esta serie, hecho reproducido en varias series chilenas publicadas en los últimos años.» (Ib.Folios 164 a 169)*

- Trabajo sobre la Lesión de la vía biliar emitido por el residente de cirugía Mauricio Millán L y el docente de cirugía de la universidad del Valle Raúl Molina, donde establecen que la lesión de la vía biliar es un riesgo al que se enfrenta todo cirujano en una colecistectomía, indica que su incidencia en una colecistectomía abierta es de 0.2 -0.3% mientras que en la colecistectomía por laparoscopia su incidencia es hasta el 2.35%, sin embargo aduce que actualmente ha bajado por el expertísimo de los cirujanos hasta ser igual que la incidencia de la colecistectomía abierta e incluso hasta menor. Expone que hay 4 grupos de factores de riesgo como son: «anatómicos: fibrosis triángulo de calot, proceso

inflamatorio agudo, adherencias, variedad anatómica como por ejemplo cístico en cañón de escopeta, obesidad; técnicos: mala exposición, disección no adecuada, hemostasia a ciegas, mala luz, mal ayudante, inexperiencia, lesiones térmicas; patológicos: colecistitis aguda, colecistitis gangrenosa, pancreatitis aguda, ulcera duodenal, plastrón perivesicular sn de mirizzi. (Ib.Folios 170 a 179)

- El 14 de diciembre de 2022⁴³, el Dr. Carlos Eduardo Gallego Achito, médico especialista en cirugía general de la Universidad del Valle, con entrenamiento de más de 20 años en el área de la cirugía de trauma y emergencias en el Hospital Universitario del Valle y 12 años como cirujano de emergencias en la Clínica Imbanaco, rindió dictamen pericial de la siguiente forma:

- Manifestó que utiliza los mismos exámenes, métodos, experimentos e investigaciones utilizados en el caso de la señora Patricia Pillimué en los casos similares que se le presentan.
- Más adelante realizó el siguiente resumen del caso clínico:

«Paciente femenina Patricia Pillimue Arbeláez de 43 años de edad al momento de los hechos, cc 66883579, usuaria de la EPS COOSALUD, con historia de dolor abdominal crónico de aproximadamente 20 años de evolución, localizado en el hipocondrio izquierdo, quien consultó al Hospital Isaías Duarte Cancino (HIDC) (IPS de Nivel II de Atención en Salud en la ciudad de Cali), el día 22 de Mayo del 2009 con reporte de una Ecografía abdominal total realizada en agosto 13 de 2008 (CIRENA I.P.S), en la cual se evidenció transposición de la anatomía abdominal de derecha a izquierda (situs inversus), colelitiasis, vesícula escleroatrófica y colecistitis crónica, sin otras alteraciones; fue valorada en esa oportunidad en la consulta externa por el Dr. Alberto García, cirujano general; al examen físico presentaba dolor a la palpación profunda en hipocondrio izquierdo con signo de Murphy positivo; con los hallazgos descritos se decidió programar para la realización de una colecistectomía por vía laparoscópica (Colelap). La paciente fue llevada a cirugía el día 26 de junio de 2009, procedimiento en el cual intervino el Dr. Julián Molano como Cirujano principal y el Dr. Fernando Rodríguez (Residente de cirugía general de la Universidad CES) como ayudante; se inició el procedimiento de Colelap con 4 puertos, en el cual se confirmó el situs inversus, la vesícula escleroatrófica con múltiples cálculos y adherencias; no se logró identificar bien el conducto cístico y durante el procedimiento notan lesión iatrogénica de la vía biliar dada por ligadura y sección completa del conducto colédoco, razón por la cual se abortó el abordaje laparoscópico y se decidió convertir el procedimiento a una colecistectomía por vía abierta o convencional, finalizando la colecistectomía de forma fundocística y posteriormente se realizó la reconstrucción de la vía biliar por medio de una anastomosis termino-terminal de los 2 cabos del conducto colédoco que estaban seccionados, colocación de tubo en T en el colédoco y se dejó un dren en el espacio subhepático. Tiempo quirúrgico de 2 horas sin otras complicaciones adicionales. La paciente fue hospitalizada en el postoperatorio para manejo antibiótico con ceftriaxona y metronidazol, manejo del tubo en T y vigilancia clínica, presentó una buena evolución con baja producción por el tubo en T y el dren subhepático. El día 02 de julio de 2009 se retiró el dren subhepático y posteriormente, fue dada de alta por

⁴³ [Dictamen pericial.](#)

indicación telefónica del Dr. Julián Molano al siguiente día (03 de Julio de 2009), con recomendaciones, antibiótico oral y orden de control ambulatorio. La paciente reconsultó 7 días después, en junio 10 de 2009, refiriendo dolor abdominal progresivo posterior al retiro del dren subhepático y alto producido por el tubo en T, aproximadamente 300 cc/24 horas. Al examen físico presentaba leve tinte ictérico, taquicardia y dolor marcado a la palpación abdominal en el cuadrante superior izquierdo, sin signos de irritación peritoneal; fue valorada por el Dr. Luis Fernando Pino, cirujano general, quien consideró que cursaba con una posible colección intrabdominal versus un biliperitoneo y por ende, decidió remitirla a la Fundación Clínica Valle del Lili para diagnóstico y continuar su manejo. La paciente ingresó a esta institución ese mismo día, fue valorada en el servicio de urgencias por el Dr. Molano (Cirujano que había operado a la paciente), quien ordenó realización de TAC de abdomen, en el cual se evidenció abundante cantidad de líquido alrededor del hígado, por lo cual se realizó punción drenaje del líquido, colocación de catéter intrabdominal a nivel de la colección, con drenaje activo de material bilioso (Dr. Abella, médico radiólogo), sin evidencia de bacterias en el estudio microbiológico del mismo. Debido a inconvenientes de índole administrativo, la paciente no pudo continuar su manejo hospitalario en esta institución, por la cual fue contraremitida al hospital Isaías Duarte Cancino (HIDC) al siguiente día, julio 11 de 2009, en donde fue hospitalizada nuevamente. El día 12 de julio se realizaron paraclínicos con los cuales se documentó una infección de vías urinarias y por indicación telefónica del Dr. Molano se inició cubrimiento antibiótico con Ampicilina / Sulbactam, la paciente presentó una evolución clínica favorable; fue valorada en julio 16 de 2009 por el Dr. Julián Molano, evidenciándose disminución progresiva del producido por el tubo en T y ausencia de producción por catéter perihepático por lo cual se decidió retirar este último y la paciente fue dada de alta con manejo antibiótico oral, recomendaciones e indicación de control por consulta externa; la paciente egresó en buen estado general, sin signos de respuesta inflamatoria sistémica, sin signos de irritación peritoneal y con escaso producido por el dren biliar (tubo en T). En Julio 24 de 2009 consultó al servicio de urgencias de la Fundación Clínica Valle del Lili, refiriendo fiebre y dolor abdominal de 2 días de evolución, con persistencia de producción por tubo en T de la vía biliar; se le realizó Ecografía hepatobiliar en la cual se evidenciaron 2 colecciones perihepáticas, fue valorada por el Dr. Molano, quien ordenó realización de drenaje percutáneo, se realizó punción guiada por TAC e inserción de catéter pigtail para drenaje, obteniéndose 450 cc de líquido bilioso, sin evidencia de bacterias en el estudio microbiológico. Se inició manejo antibiótico con ceftriaxona y al siguiente día, julio 25 de 2009, la paciente fue remitida al Hospital Isaías Duarte Cancino (HIDC), para continuar manejo antibiótico instaurado, en esta institución permaneció hospitalizada hasta el día 01 de agosto de 2009, con evolución clínica satisfactoria y disminución notoria del producido por el tubo en T, por lo cual fue dada de alta con indicación de realización de Colangiografía por el tubo en T de forma ambulatoria. El día 14 de agosto de 2009 fue valorada en consulta externa del HIDC por el Dr. José Pablo Vélez, cirujano de FCVL, quien decidió remitirla para valoración ambulatoria y manejo por cirugía hepatobiliar. En Agosto 24 de 2009 fue valorada en FCVL por cirugía hepatobiliar, (Dr. Luis Armando Caicedo), quien consideró oportuno dejar el tubo en T por 3 meses más y posteriormente retiro, haciendo aclaración de alto riesgo de estenosis de la vía biliar, en cuyo caso se manejaría por CPER (Colangiopancreatografía Endoscópica Retrograda) y que en caso de fracaso con dicha intervención requeriría manejo quirúrgico con reconstrucción de la vía biliar con Y de Roux. El día 28 de Agosto de 2009 se le realizó en la FCVL nueva Ecografía abdominal, en la cual se evidenció una colección líquida pequeña en el segmento VII

del hígado; por tal razón se realizó fistulografía a través del catéter percutáneo, realizándose aspirado y lavado de la colección y retiro del dren perihepático; se realizó, además, Colangiografía por el tubo en T, en la cual se evidenció la vía biliar con diámetro normal con adecuado llenado y paso del medio de contraste hacia el duodeno. En Enero 29 de 2010 se le realizó CPER en la cual se evidenció estenosis filiforme no franqueable de 3 mm a nivel del conducto hepático común por lo cual no fue posible la colocación de Stent para derivación, por consiguiente, se programó para derivación de la vía biliar el día 04 de febrero de 2010 por medio de Colangiografía transparietohepática pero no fue posible debido a edema de la vía biliar e imposibilidad para franquear la zona de estenosis; se decidió hospitalizar en espera de disminución del edema de la vía biliar y se reprogramó el procedimiento para el día 09 de Febrero de 2010, el cual se realizó exitosamente con dilatación y colocación de Stent en la zona de estenosis con dren interno - externo y fue dada de alta al siguiente día, Febrero 10 de 2010. Posteriormente se realizó en múltiples oportunidades, de manera programada, Colangiografía, dilatación y cambio del catéter, se consideró fracaso terapéutico ante persistencia de la estenosis por lo cual se decidió hospitalizar a cargo de Gastrocirugía, acorde con el planteamiento de manejo quirúrgico propuesto por cirugía hepatobiliar. En la historia clínica anexada, no hay más datos adicionales sobre la evolución y manejo efectuados a la paciente, posteriores a marzo 15 de 2011.»

- Después de dicho recuento clínico efectuó el siguiente análisis:

«Tenemos el caso clínico de una paciente en la 5ª década de la vida con un cuadro de cálculos en la vesícula biliar (colelitiasis), con signos radiológicos de enfermedad crónica (Colecistitis crónica y vesícula atrófica), con la particularidad de que tenía un situs Inverso, enfermedad genética rara autosómica recesiva en la cual los órganos que normalmente se ubican a la izquierda (el corazón) y viceversa (Hígado y vesícula biliar). La causa por la que se forman los cálculos dentro de la vesícula biliar en ella es la misma que en una persona con una anatomía normal, los síntomas y el tratamiento son exactamente los mismos, con la salvedad de que la sintomatología de la paciente ya no va a ser en el lado derecho de su cuerpo, sino en el lado izquierdo (afortunadamente la paciente ya tenía un diagnóstico de situs inverso antes de la cirugía, porque a veces uno se da cuenta de dicho diagnóstico en el intraoperatorio, en caso de alguna cirugía de emergencia que no dé tiempo para tomar estudios de imágenes), y por ende la técnica quirúrgica, digámoslo así, se hace al revés. Los estudios mostrados y la bibliografía presentada nos muestran lo anteriormente mencionado y si el cirujano tiene o ha tenido un adecuado entrenamiento para el procedimiento convencional, ya que aunque impone unas ciertas demandas técnicas (por ser el procedimiento al revés del procedimiento convencional), provee los mismos resultados que en pacientes con anatomía normal (revisar la discusión de la bibliografía del artículo adjunto). Debemos también tener en cuenta que la paciente además presentaba cuadro de inflamación crónica de la vesícula (atrofia de la vesícula y adherencias), que así la paciente hubiera tenido una anatomía normal también tiende alto riesgo de complicaciones. La estenosis de la vía biliar es un riesgo inherente a cualquier procedimiento efectuado en el conducto biliar principal, conocido también como conducto colédoco, esto por ser un tubo de diámetro tan pequeño (la ecografía mencionaba vía biliar de 2 milímetros, ver página 12/320 de la Historia Clínica adjunta con fecha de agosto 13 de 2008)»

- Posteriormente afirmó que el tratamiento definitivo para la coleditiasis y sus complicaciones es la colecistectomía por vía laparoscópica, que el situs inversus no es una contraindicación para la realización de la colecistectomía laparoscópica; que las complicaciones más frecuentes asociadas a la colecistectomía tanto abierta como laparoscópica son la infección en el sitio operatorio, lesión de los intestinos, lesión de la vía biliar, lesión de estructuras vasculares intrabdominales, lesión del hígado; que la lesión de la vía biliar es una complicación inherente a la colecistectomía laparoscópica por vía abierta o por laparoscopia; que la incidencia de la lesión de la vía biliar durante la colecistectomía laparoscópica oscila entre 0.3-0.5% es decir de 3 a 5 lesiones por cada 1000 procedimientos realizados; que los factores de riesgo se aumentan en pacientes de sexo masculino, con edad mayor, con presencia de inflamación alrededor de la vesícula (colecistitis aguda y/o crónica), la inexperiencia del cirujano; que la conversión a colecistectomía abierta es un buen juicio quirúrgico cuando se presenta una complicación; que no es posible eliminar el riesgo de lesiones en la cirugía; que entre más rápido se corrija la lesión el desenlace es mejor; que la anastomosis termino terminal del conducto biliar principal bajo es una buena opción en caso que los segmentos de dichos conductos no estén muy separados, aunque los mejores resultados se obtienen uniendo el extremo principal del conducto biliar principal a una asa del intestino delgado (yeyuno), procedimiento llamado hepatoyeyunoanastomosis aunque es un procedimiento más riguroso si se tiene la experiencia es la mejor opción; que la fístula biliar es una complicación inherente tanto a la colecistectomía como a la hepatoyeyunoanastomosis y consiste en que los dos extremos que se unen no cicatrizan bien y se produce la fuga del contenido biliar hacia la cavidad abdominal Generando complicaciones como colecciones de bilis, abscesos intrabdominal etc; que la colocación de un dren centinela subhepático es una conducta adecuada para atender la fuga biliar; que las posibles complicaciones de la reconstrucción de la vía biliar son las filtraciones biliares, las fístulas biliares, la estenosis biliar, los abscesos intrabdominales, la sepsis y la muerte por infección; que la estenosis de la vía biliar es un riesgo inherente a la reconstrucción de la misma; y, que el tratamiento disponible para la estenosis de la vía biliar son las dilataciones por medio de una CPER en la que se introducen dilatadores, si no da resultado se intenta colocando stents una especie de tubitos o resortes que mantienen abierta la zona y como última opción se vuelve a llevar a cirugía para reseca y reconstruirla.
- Para sustentar su dictamen aportó la bibliografía que consultó, la relación de los peritajes que realizó en los últimos diez años y los diplomas y actas de grado donde consta que se graduó de magíster en educación en la Universidad ICESI en el año 2019, médico cirujano en la Universidad del Valle en 1991, especialista en cirugía general en la Universidad del Valle en 1999, diplomado en docencia y pedagogía en educación superior en 2010, además aportó su hoja de vida donde se observa que prestó servicio social obligatorio en el Hospital Regional de Buenaventura de 1991-1992, laboró como médico

general de urgencias desde 1991-1993 en el Pabellón Puertos de Colombia de Buenaventura, laboró como médico general de urgencias en el Hospital Regional de Buenaventura desde 1992-1995, laboró como médico general de consulta externa en cooperadores desde 1992-1995, laboró como médico especialista en cirugía en el Hospital Departamental de Buenaventura desde 1999-2006, en COSMITET desde 2000-2006, en la Clínica Buenaventura desde 2004-2006, en Coomeva EPS desde 2000-2006, en SOS EPS desde 2000-2006, en el Hospital Universitario del Valle E.S.E. H.U.V desde 2007 hasta la fecha de la emisión del documento, en el Hospital Mario Correa Rengifo E.S.E. desde 2007-2012, como cirujano de trauma y emergencias en la Clínica Centro Médico Imbanaco desde 2010 a la fecha, en Saludcoop EPS desde 2007-2016, en la Clínica de Occidente desde 2008-2013, y en Amisalud IPS desde 2010 a la fecha, con lo cual se concluye que tiene más de 30 años de experiencia como médico cirujano y tiene los conocimientos necesarios e idóneos para fungir como perito y emitir el concepto anteriormente expuesto.

- Historia clínica de la señora Patricia Pillimué Arbeláez emitida en el Hospital Isaías Duarte Cancino ESE. (Cuaderno No. 5 folios 2 a 235)
- Ecografía de abdomen total, del 13 de agosto de 2008, que la señora Patricia Pillimué en consulta externa presentó y en la cual se determinó su condición de situs inversus, vesícula escleroatrófica y colecistitis crónica. (Ib folio 11)
- Consentimiento informado suscrito por la señora Patricia Pillimué Arbeláez para que le realicen en el Hospital Isaías Duarte Cancino ESE una colecistectomía laparoscópica que consiste en retirar la vesícula por técnica de laparoscopia por el diagnóstico de colelitiasis, en dicho documento se le mencionó que los riesgos de la intervención incluyen infección, sangrado, peritonitis, lesión de la vía biliar y órganos abdominales y de la necesidad de convertir a cirugía abierta. (Ibidem folio 14)
- Historia clínica de la señora Patricia Pillimué Arbeláez emitida en la Fundación Valle del Lili que relaciona su tratamiento post quirúrgico. (Cuaderno No.6 folios 1 a 210)

Testimoniales (Cuaderno Principal).

- El 23 de noviembre de 2015, el médico radiólogo José Abella Calle, rindió testimonio ante el Juzgado de conocimiento de la época, manifestando que en el resultado de la ecografía abdominal post operatoria de colecistectomía que le realizó a la señora Patricia Pillimué Arbeláez el 24 de julio de 2009, observó que tiene situs inverso completo (alteración congénita donde los órganos están situados en forma inversa), además colecciones adyacentes o vecinas al hígado (colección es líquido, que está en vecindada al hígado, normalmente el hígado no debe tener colecciones) además adujo que: *«la paciente llego a la ecografía con un drenaje en el hipocondrio izquierdo, o sea que ya estaban las colecciones.*

Según la ecografía la paciente tenía 28 días de operada. Las colecciones adyacentes o vecinas al hígado pueden estar en relación con el evento quirúrgico o ser complicaciones de la misma. Las colecciones que se encontraron en la ecografía no sabría decirlo si es una complicación porque esto es trabajo del cirujano.» (Folio 374 a 376)

- El 23 de noviembre de 2015, también se recepcionó el testimonio del médico especialista en cirugía, traumas y emergencias Luis Fernando Pino Oliveros, quien ante la pregunta «*sírvase manifestarle al Despacho, con un antecedente de situs inverso completo, la cirugía de colicestomía laparoscópica se debe realizar en un centro médico que este acreditado a nivel técnico – científico 1, 2 o 4. CONTESTÓ. Un centro hospitalario capaz de realizar una colicestomía por laparoscopia debe tener la tecnología necesaria para la realización del procedimiento, el grupo de especialistas, cirujano general y anestesiólogo y tener la habilitación que expide la Secretaría Departamental de Salud para la realización del procedimiento. En Colombia las instituciones que cumplen estos requisitos son las de nivel 2, 3 y 4, dado que todas ellas deben contar con la habilitación. Con respecto al situs inversus, no conozco reportes en la literatura médica que indiquen las instituciones que deben realizar el procedimiento dado que es extremadamente infrecuente que se presente un paciente con situs inversus y colecistitis. Debo anotar que no conozco ningún otro caso en mi experiencia como cirujano donde se combinen las dos condiciones.» (Folios 378 a 381)*
- En diligencia celebrada el día 23 de noviembre de 2015, testificó la médico general Luz Marina Maya Orozco; quien menciona hechos post operatorios probados ya probados con pruebas documentales. (Ib.Folios 383 a 384)
- En diligencia también celebrada el día 23 de noviembre de 2015, se recibió el testimonio del médico especialista en radiología Alfonso José Holguín Holguín, quien a la pregunta «*sírvase manifestarle al Despacho, dentro de su relato inicial en esta diligencia manifestó que a pesar de los controles periódicos por un año con la paciente, la estenosis persistía, indíquenos si es de su conocimiento, que factores de base tenía la paciente Patricica Pillimué que incidieran en que la patología persistiera o que es lo que impide la evolución satisfactoria del procedimiento por usted practicado. CONTESTÓ: Hay múltiples factores que tienen que ver con el proceso inflamatorio y con los cambios posquirúrgicos y con la cicatrización de la cirugía de la vía biliar, cuando me refiere a cambios posquirúrgicos me refiero a que la paciente la operaron de la vía biliar y lo que yo leo en la historia y veo en la imagen en una anastomosis (unión del conducto biliar), es decir le hicieron una unión quirúrgica, no sé qué tipo de cirugía fue, pero unieron dos tejidos y en la imagen que yo hago como radiólogo veo una estenosis (estreches en el sitio de la unión de la cirugía) la estenosis es una cicatrización, algunos cicatrizan bien y otros mal (puede dar queloide).* (Ib. Folios 386-389)
- En diligencia celebrada el día 24 de noviembre de 2015, se recibió el interrogatorio de parte de la señora Patricia Pillimué Arbeláez, quien manifestó que para la

época de los hechos de la demanda pertenecía al régimen subsidiado, era ama de casa y antes del procedimiento fue informada por los médicos del procedimiento que le iban a practicar y además firmó el consentimiento informado. (Folios 392-393)

- En diligencia del 15 de marzo de 2016, se recibieron los testimonios del médico cirujano general Alberto Federico García Marín y del médico especialista en trasplante de órganos con énfasis en trasplante hepático y cirugía hepatobiliar Luis Armando Caicedo Rusca, el primero manifestó que valoró a la señora Patricia Pillimúe Arbeláez el 22 de mayo de 2009 por un cuadro clínico de 20 años de evolución de dolores en el lado izquierdo superior del abdomen y la remitió a cirugía general para que le practiquen una colecistectomía por unos cálculos en la vesícula y por la inflamación que producen esos cálculos sobre la vesícula, afirma que *«teniendo conocimiento de ese diagnóstico y de la condición anatómica del situs inversus, se advirtió a la paciente de los riesgos de la cirugía y se programó para el procedimiento para el 26 de junio de 2009, momento en el que se advirtieron los problemas anatómicos que se esperaban uno que el hígado y la vesícula se encontraban al lado izquierdo y dos como resultado de una enfermedad de tantos años de evolución, la vesícula que es un órgano que mide entre 6 y 10 cm en condiciones normales se había transformado en una bolsa muy pequeña pegada a las vías biliares, de acuerdo con eso los cirujanos decidieron convertir a cirugía abierta, realizaron la extracción de la vesícula y al concluir el procedimiento encontraron que al retirar la vesícula esta estaba pegada a las vías biliares de modo que habían retirado también un segmento de las vías biliares, procedieron hacer la reconstrucción correspondiente»* además informó que la paciente fue debidamente informada de los riesgos tal como se observa en el folio 14 de la historia clínica; por otro lado expresó que *«la probabilidad general medida en muchos miles de casos de colecistectomía en muchas partes del mundo se estima en una por cada mil procedimientos quirúrgicos, esta probabilidad es un poco mayor en pacientes que tienen la alteración anatómica que tenía ella de vesícula escleroatrófica, en ese caso la actuación del cirujano consiste en tener un umbral más bajo para la conversión a procedimiento abierto, que fue lo que hicieron los cirujanos durante el procedimiento cuando encontraron una vesícula muy pequeña muy difícil de manipular ellos convirtieron a técnica abierta»*, explicó que *«cada vez que se produce un episodio de inflamación de la vesícula esto produce una reacción en la pared de la vesícula que es una bolsa que mide, como les dije anteriormente, entre 6 y 10 cm de longitud por unos 3 o 4 de diámetro, en la medida en que ocurren uno y otro y otro episodios se va su pared que es un musculo que le permite dilatarse bastante va siendo remplazado por un tejido fibroso por una especie de cicatriz que no se dilata y en la medida en que se inflama una vez y otra vez y otra vez el tamaño de la vesícula va disminuyendo hasta que llega un punto en el cual cuando uno opera a estos pacientes encuentra una bolsa diminuta rodeando los cálculos y a veces siendo casi una prolongación de las vías biliares, con alguna frecuencia por ese fenómeno de reducción progresiva del tamaño de la vesícula los cálculos erosionan las vías biliares y casi que la vesícula resulta conformando como una saliente de las vías biliares de ahí*

el riesgo de las vías biliares en estos casos» afirmó que «siempre esta la contingencia de ese riesgo en cualquier procedimiento quirúrgico por sencillo que pueda parecer siempre existe un riesgo de complicaciones, entonces ese es el motivo por el cual el cirujano explica al paciente, lo que ya les comenté anteriormente, el problema clínico que tiene, la indicación que existe para realizar el procedimiento, las complicaciones del procedimiento y las consecuencias sobre la salud que tendría no operar al paciente, siempre existe el riesgo y el cirujano siempre trabaja pensando en ese riesgo y pensando en minimizarlo pero el riesgo siempre está ahí», en cuanto a la participación de un estudiante de cirugía expresó que «Hay estudiantes de diferentes niveles, en el caso mío personal yo fui estudiante de medicina y una vez que me gradué ya tenía competencias para realizar ciertos procedimientos, después fui estudiante de postgrado en lo que se llama un programa de residencia de cirugía general en el cual, en el caso mío, durante 3 años recibí entrenamiento en el cual fui recibiendo delegación progresiva de funciones hasta llegar a tener un desempeño completo como cirujano general y posterior a esto he hecho un par de especializaciones más en las cuales como estudiante siendo ya médico general, especialista en cirugía general recibí entrenamiento como cirujano de trauma y como especialista en cuidados intensivos, entonces mire que la connotación de estudiante dentro de este sistema educativo en profesionales de la salud es una connotación de un individuo que ya tiene ciertas competencias y tiene cierto nivel y está recibiendo el entrenamiento que lo capacitará en el siguiente nivel, entonces Fernando estaba realizando su especialidad de cirugía general y en este caso siempre acompañado por un docente fue recibiendo delegación progresiva de funciones y en este proceso el docente siempre esta muy pendiente del desempeño del estudiante para en un momento dado decirle un momento pare aquí yo sigo haciendo la cirugía o incluso a veces ni siquiera uno permite que el estudiante haga la cirugía sino ayúdeme mire como se hace esta cirugía y esa es la forma en cómo se va realizando el aprendizaje, esto con el fin de garantizar la seguridad de los pacientes que ponen bajo nuestro cuidado», posteriormente expresó que las decisiones quirúrgicas las toma el docente y no el estudiante. Frente a la pregunta de la parte demandante relacionada con si la patología situs inversus interfiere en el procedimiento normal de una laparoscopia manifestó que «Primero eso no es una patología, eso es una, yo no se si llamarlo malformación congénita pero realmente los órganos no están mal formados simplemente, como le explique anteriormente a la Juez, los órganos que se ubican en el lado izquierdo, en los pacientes con situs inversus los tienen ubicados en el lado derecho no están en desorden están exactamente como en una persona que no tiene situs inversus solo que la mejor manera de describirlo es como una imagen en espejo, entonces partamos del punto que eso no es una patología y segundo el procedimiento es el mismo exactamente igual posiblemente dentro de la anatomía de las vías biliares hay otras particularidades y otras variaciones de la anatomía que son más frecuentes y que son más importantes que pueden predisponer a daños en las vías biliares pero realmente el situs inversus es simplemente que las cosas están al lado contrario de donde debieran estar» frente a la pregunta de si la condición de situs inversus interfirió en el procedimiento respondió «no, como le explique a

la Dra. Hay otras condiciones anatómicas más problemáticas que generan mayor dificultad», además manifestó que esa condición no requería de un trato especial o diferente en comparación con otros casos. Más adelante explicó que lesión iatrogena es cualquier intervención que hace el médico sobre el paciente y que cuando hay complicaciones se esta trabajando sobre riesgos, sobre alteraciones de la anatomía del cuerpo humano y sobre alteraciones de funcionamiento. Frente a la pregunta cuál es el procedimiento a seguir para la reconstrucción de las vías biliares respondió «La reconstrucción de las vías biliares suele hacerse por técnica abierta, es decir la conversión a técnica abierta y segundo la construcción de una derivación quirúrgica entre las vías biliares y el tubo digestivo habitualmente entre las vías biliares y el yeyuno, se hace una anastomosis término lateral entre las vías biliares y el yeyuno, es decir se le abren unos roticos al intestino y se pegan ahí las vías biliares». Frente a la pregunta de cuales son las consecuencias de la no práctica de la cirugía contestó «Las consecuencias son muy variables, pero si uno compara pacientes que son operados con pacientes que no son operados, la mayoría de los pacientes operados van a tener una evolución sin síntomas y la mayoría de los pacientes que no son operados y que ya tenían síntomas de alteraciones como los de doña Patricia van a continuar presentando no solamente dolor sino que finalmente van a llegar a padecer complicaciones serias con obstrucción de las vías biliares, con infecciones que pueden poner en peligro de muerte al paciente o con pancreatitis que puede poner en peligro la vida del paciente, esa es la razón por la que una vez un paciente a desarrollado manifestaciones relacionadas con su enfermedad cálculos en la vesícula en todas partes del mundo se acepta que eso es una indicación de cirugía, al paciente operado en términos generales le va muy bien el riesgo de complicaciones existe pero es muy pequeño, al paciente operado no le va bien el riesgo de seguir teniendo síntomas es absolutamente cierto y el riesgo de tener complicaciones graves incluso mortales es considerable», después adujo que la única forma de tratar al paciente, de manera efectiva, que tiene cálculos en la vesícula y que ha desarrollado síntomas es la extirpación quirúrgica de la vesícula. Explicó que en el Hospital Isaías Duarte Cancino «un día a la semana un cirujano de la clínica Valle del Lili evaluaba pacientes la mayoría candidatos a intervenciones quirúrgicas algunos otros con síntomas que podían, a juicio del médico que lo enviaba, ser resueltos por el cirujano general, evaluábamos el paciente, realizábamos las evaluaciones complementarias pertinentes, es decir, si uno consideraba que el paciente necesitaba más exámenes uno los solicitaba, si uno consideraba que el paciente era quirúrgico y ya toda la información indispensable para la realización de la cirugía estaba lista, entonces generábamos un documento de solicitud de programación de cirugía, desde ese punto hasta la programación internamente en el hospital realizaban un trabajo al final del cual el paciente era programado en una fecha específica con un cirujano específico, entonces un cirujano de la Fundación Valle del Lili muy frecuentemente apoyado con uno o dos de los residentes de la Universidad CES que se estaban formando con nosotros en la Fundación Valle del Lili realizaban estos procedimientos, en términos generales los procedimientos que se programaban allí eran apropiados para el nivel del hospital, en algunas ocasiones en los que se identificaron

pacientes que requerían un nivel de atención superior los pacientes eran remitidos a la Clínica Valle del Lili y ahí nosotros mismos nos dedicábamos a su tratamiento una vez que el nivel de atención dejaba de ser de la Fundación el paciente regresaba al Hospital Isaías, nosotros no teníamos ningún convenio con el hospital nuestro compromiso era con la Fundación y nuestra retribución económica provenía de una Fundación que funciona dentro de la Fundación.» Por último, adujo que el procedimiento que se realizó para reconstruir las vías biliares de la paciente fue el adecuado y que nunca hubo abandono frente al caso de la paciente.

Por su parte, el médico especialista en trasplante de órganos con énfasis en trasplante hepático y cirugía hepatobiliar Luis Armando Caicedo Rusca, manifestó que a la señora Patricia le realizaron una cirugía por una colestectomía, durante la cirugía hubo una complicación que fue una lesión en la vía biliar que fue reconstruida y posteriormente eso se estrechó y hubo que hacer varias intervenciones, adujo que la condición de situs inversus de la paciente no requería que fuera tratada en un hospital de mayor nivel porque no es una enfermedad sino una variante anatómica. Expuso que el día 24 de agosto de 2009, atendió a la señora Patricia y que ese día pidió una ecografía para ver si habían fugas alrededor del hígado desde el nuevo empate y estableció que si hay fugas pueden inyectar un poquito de contraste a través del dren a ver qué es lo que lo está alimentando y el tubo en T decidió dejarlo porque esos empates tienen riesgo alto de estrecharse entonces dejarlo por un buen tiempo para que después de que pase ese tiempo lo quita espera y si eso se estrecha en el tiempo, situación que puede pasar en cualquier momento, incluso 10 años después, se debe dilatarlo por endoscopia o a través de una punción encontrar los canalículos bajar y dilatarlo si eso fracasa entonces ahí toca hacer un nuevo empate de la vía biliar al intestino. Explicó que la vía biliar es muy pobremente irrigada por lo que la cicatrización es mala y hay chance de estrecharse, también explicó que el 10 de mayo de 2010 volvió atender a la paciente y le ordenó realizar una canalización de la vía biliar a través del hígado para dilatar y dejar un catéter para que no se vuelva estrechar, dichos catéteres deben cambiarse cada tres meses porque si no se cambian se pueden formar barros que obstruyen la vía biliar lo cual puede conducir a una colangitis que generan infecciones lo que se trata con antibióticos y cambio del catéter. Posteriormente manifestó que iatrogenia significa *«iatrogenia es algo causado por el médico lesión causada por el médico, desde que el hombre comienza a operar la vesícula llámese por vía abierta o cerrada esta complicación a ocurrido y ocurre porque pues una cosa es lo que se ve en un atlas de anatomía y otra lo que se ve en la mitad de la inflamación donde las estructuras pueden estar contiguas, muchas veces digamos la anatomía es muy poco clara y más cuando hay procesos inflamatorios alrededor de, entonces esta es una complicación que ocurre, afortunadamente no es frecuente, llamemos eso oscila alrededor del 1 x 1000 algo así, pero cuando ocurre es doloroso porque la gente sufre estos procesos, de alguna manera en Cali desde hace 20 o 30 años yo vengo manejando este tipo de complicaciones y casi que en un promedio entre 20 y 40 casos al año de toda la ciudad y toda la región me toca hacer este tipo de*

reparos porque es desafortunado y requiere un manejo integral como este caso que es de seguir porque en cualquier momento se puede restenotar y si se restenota se infecta o se lastima el hígado.» Expresó que la lesión es una circunstancia que puede ocurrir y que si hay una complicación por laparoscopia lo más recomendable es hacer la cirugía abierta. Por último, concluyó que no puede decir que el procedimiento post operatorio fue resultado de una mala practica sino que es una complicación de un acto médico, además manifiesta que «*el Dr. Molano es un cirujano general que tiene competencia para operar una vesícula, estaba en un hospital con las condiciones y los equipos necesarios, entonces si eso lo hubiera realizado una persona que no tuviera entrenamiento se podría hablar de impericia pero él es un cirujano general que tiene entrenamiento y sabe sacar vesículas, de hecho aún los más expertos y voy a poner de nombre al Dr. José Pablo Vélez que es de los más expertos en algún momento tuvo un accidente de estos me llamó y se lo ayudé a reparar, eso puede ocurrir.*» (Ib. Folios 413-419ª CD)

2.7. Caso concreto

En la demanda se manifiesta que el daño ocasionado a la señora Patricia Pillimué Arbeláez se sustenta en el deterioro de su estado fisiológico, ocasionado, por i) la supuesta negligencia y mal manejo de la cirugía denominada como colecistectomía⁴⁴, realizada el 26 de junio de 2009, por el personal médico compuesto por el médico cirujano Julián Andrés Molano González y el ayudante residente Fernando Rodríguez Holguín, al ocasionarle una lesión iatrogénica en las vías biliares; y, ii) por haberle practicado la cirugía en el Hospital Isaías Duarte Cancino de nivel II a pesar de saber que era una paciente con más o menos 20 años de evolución de la colecistitis crónica y coleditiasis (cálculos en la vesícula biliar) y con una condición de situs inversus por lo que requería de una prestadora de servicios de salud de mayor nivel.

Inicialmente, frente al daño debe decirse que dentro del plenario quedó acreditado, en la medida en que se demostró que a la señora Patricia Pillimué Arbeláez en la cirugía que le practicaron el 26 de junio de 2009 se le causó una lesión en las vías biliares que se intentó reconstruir sin obtener los resultados esperados por lo que la demandante quedó con secuelas por las que periódicamente a tenido que continuar siendo intervenida. De tal suerte que salta a la vista que sufrió un daño personal y cierto que constituyó una grave lesión a su integridad y vida.

Ahora, antes de entrar a determinar si dicho daño debe ser atribuido a la parte demandada el Despacho además del material probatorio recaudado tendrá en cuenta la siguiente jurisprudencia emitida en un caso similar:

⁴⁴ Extracción de la vesícula.

En sentencia de fecha 28 de mayo de 2015, el Consejo de Estado -Sección Tercera-Subsección B⁴⁵, se analizó un caso de similares contornos al presente. En el cual se mencionó amplia literatura relacionada con la nombrada Colectistectomía:

«(...) De conformidad con la literatura médica, la colecistectomía es el tratamiento indicado para la colelitiasis, cuando ésta ya presenta síntomas. (...) “La mayoría de las veces, la cirugía no es necesaria, a menos que empiecen los síntomas. (...). En general, los pacientes que tengan síntomas necesitarán cirugía inmediatamente o poco después de detectarse el cálculo.

Se utiliza con mayor frecuencia una técnica llamada colecistectomía laparoscópica. En este procedimiento, se hacen incisiones quirúrgicas más pequeñas que permiten una recuperación más rápida. Los pacientes pueden salir del hospital un día después de la cirugía.

En el pasado, casi siempre se hacía una colecistectomía abierta (extirpación de la vesícula biliar). Sin embargo, ahora esta técnica es menos común (...).”

Frente a la técnica de la colecistectomía, refiere la literatura médica su ordinaria práctica por laparoscopia, aunque en ocasiones, debe realizarse de la forma tradicional, como cirugía abierta: “La cirugía con el uso de un laparoscopio es la manera más común de extirpar la vesícula biliar. Un laparoscopio es un tubo delgado e iluminado que le permite al médico ver el interior del abdomen”

*La cirugía de extirpación de la vesícula biliar se realiza mientras usted está bajo anestesia general, así que usted estará dormido y sin dolor.
El cirujano hará de 3 a 4 incisiones pequeñas en su abdomen.
El laparoscopio se introducirá a través de 1 de las incisiones.
(...)*

Luego, el cirujano extirpa la vesícula, usando la laparoscopia. Durante la cirugía, se puede tomar una radiografía llamada colangiografía. Para hacer este examen, se inyecta un tinte dentro del conducto colédoco y se toma una radiografía. El tinte ayuda a encontrar cálculos que pueden estar por fuera de la vesícula. Si se encuentran otros cálculos, el cirujano los puede extraer con un instrumento especial.

Algunas veces, el cirujano no puede extraer la vesícula biliar con total seguridad usando un laparoscópico. En este caso, el cirujano usará una cirugía abierta, para la cual se hace una incisión más grande” – se destaca-

Frente a los factores de riesgo de esta patología, se indica en la revista Colombiana de Cirugía, volumen 28:

“Son múltiples y de diferente orden los factores de riesgo que podrían hacer prever en cuáles pacientes se van a presentar dificultades al practicar una colecistectomía; los más conocidos son: el sexo masculino, el adulto mayor (edad superior a 65 años), la obesidad,

⁴⁵ CONSEJO DE ESTADO, SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO, SECCION TERCERA, SUBSECCION B, Consejera ponente: STELLA CONTO DIAZ DEL CASTILLO, Bogotá., D.C., veintiocho (28) de mayo de dos mil quince (2015), Radicación número: 19001-23-31-000-2002-01021-01(33094), Actor: LETICIA ACOSTA DE ASTUDILLO Y OTROS, Demandado: HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E, Referencia: APELACION SENTENCIA - ACCION DE REPARACION DIRECTA.

la diabetes mellitus, la colecistitis aguda y cirugía abdominal previa. Otros no menos importantes, son: la historia prolongada de enfermedad vesicular, la leucocitosis y los signos sistémicos de sepsis; además, hallazgos ecográficos de pared vesicular engrosada, líquido perivesicular, vesícula calcificada o con escleroatrofia, cálculos grandes o compactados en la bolsa de Hartmann y dilatación de la vía biliar. Pueden existir otras situaciones que podrían hacer muy difícil una colecistectomía, como son: hígado muy grande, alteraciones anatómicas, cirrosis hepática, fistulas colecisto-intestinales, cáncer de vesícula (<http://www.ascolcirugia.org>, sección Publicaciones, ver en Videos casos clínicos, videos 1-3) y cáncer de las vías biliares]” – se destaca-.»

Tomando en cuenta todo lo anteriormente expuesto se concluye que el daño padecido por la parte demandante no puede ser atribuido a la parte pasiva de la litis debido a que esta ampliamente demostrado que:

- A la señora Patricia Pillimupe Arbeláez se le practicaron los exámenes necesarios previos a la cirugía, entre ellos la ecografía de abdomen total, en la cual se le diagnosticó situs inversus, vesícula escleroatrófica y colecistitis crónica, razón por la cual el personal médico tenía pleno conocimiento de su condición al momento de la cirugía por laparoscopia.
- No hubo un indebido diagnóstico ya que lo prescrito fue confirmado dentro del procedimiento quirúrgico.
- La condición de situs inversus de la señora Patricia Pillimué Arbeláez no constituye un factor de riesgo para la práctica de la colecistectomía en la medida en que no es una enfermedad, sino que solo representa un cambio en la ubicación de los órganos de forma inversa a la del común de las personas.
- La lesión iatrogénica en las vías biliares es una afectación que hace parte del marco de riesgo al que estaba sometida la paciente y la misma fue aceptada como riesgo inherente al tratamiento, tal como consta en el documento contentivo del consentimiento informado.
- El riesgo de la paciente de resultar afectada en sus vías biliares era más alto porque tenía condiciones que lo incrementaban como son el cuadro de evolución de la enfermedad por más de 20 años y tener la vesícula escleroatrófica, del mismo modo las secuelas tampoco fueron consecuencia de un mal procedimiento sino de la mala cicatrización que su cuerpo generó en la zona de la cirugía.
- Los procedimientos realizados por el Dr. Julián Andrés Molano frente a casos como el de la señora Patricia Pillimué Arbeláez es el apropiado según la literatura médica para la época de los hechos.
- El Dr. Julián Andrés Molano contaba con las condiciones necesarias para practicar la colecistectomía debido a que contaba con el título de cirujano

general y dispuso de los elementos necesarios para realizar el procedimiento por laparoscopia y de forma abierta para reconstruir sus vías biliares.

- El Hospital Isaías Duarte Cancino de nivel II contaba con los elementos necesarios y con la autorización para practicar la cirugía razón por la cual no se requería su remisión.
- No existe ningún elemento de juicio que permita concluir que la lesión se haya producido por inexperiencia, negligencia, imprudencia o desconocimiento (*lex artis*), por el contrario, el doctor actuó con diligencia y responsabilidad, tenía la experiencia en este tipo de cirugía.
- La cirugía era necesaria ya que de no practicarla las consecuencias podían incluso conllevar a la señora Patricia Pillimué Arbeláez a la muerte.

Así las cosas, ante la ausencia de algún medio probatorio que permita objetar lo reseñado, no podría declararse la responsabilidad patrimonial por el daño sufrido por la señora Patricia Pillimué Arbeláez y sus familiares, razón por la cual no es posible reconocer indemnización alguna, pues se advierte que la operación practicada se materializó con la observancia, pericia y cuidado del caso. Empero existía un alto riesgo de ocasionarse una lesión infortunada para la salud de la paciente, la cual se concretó.

De acuerdo con lo expuesto anteriormente, el Despacho concluye que no se vislumbra la responsabilidad que se endilga a la administración. Al respecto, es necesario recordar la jurisprudencia del Consejo de Estado, según la cual, las obligaciones que se desprenden del acto médico propiamente dicho son de medio y no de resultado. Por tanto, al demandante no le es suficiente con demostrar que su estado de salud no mejoró o que empeoró luego de la intervención del profesional de la salud, puesto que dentro del complejo actuar de los médicos, el paciente puede no reaccionar de manera favorable como se espera al tratamiento de su enfermedad.

En conclusión, las excepciones denominadas como «*inexistencia de responsabilidad*» propuesta por el Dr. Fernando Rodríguez Holguin; «*cumplimiento de la obligación de medio, inexistencia de responsabilidad por ausencia de las formas de la culpa*» propuestas por el Dr. Julián Andrés Molano González; «*fiel cumplimiento de los protocolos y de la *lex artis*, cobro de lo no debido*» propuesta por la Universidad CES e «*inexistencia de responsabilidad y de obligación indemnizatoria a cargo de los demandados y de la Universidad CES; tratamiento adecuado, diligente, cuidadoso carente de culpa y realizado conforme a los protocolos; aplicación de protocolos; carencia de prueba del supuesto perjuicio*» propuestas por Sociedad Seguros Generales Suramericana S.A serán declaradas prosperas y en consecuencia las pretensiones de la demanda serán negadas.

De la condena en costas

Teniendo en cuenta que no se evidenció temeridad ni mala fe en las actuaciones de las partes, no se impondrá la condena en costas que trata el artículo 171 del C.C.A. modificado por el artículo 55 de la ley 446 de 1998.

En mérito de lo expuesto, el Juzgado Diecinueve Administrativo del Circuito de Cali, administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la ley.

RESUELVE:

PRIMERO: DECLARAR IMPRÓSPERA la excepción de caducidad propuesta por el Dr. Fernando Rodríguez Holguín y la Universidad CES, conforme las razones expuestas en la parte considerativa de la presente providencia.

SEGUNDO: DECLARAR PRÓSPERAS las excepciones denominadas como «*inexistencia de responsabilidad*» propuesta por el Dr. Fernando Rodríguez Holguín; «*cumplimiento de la obligación de medio, inexistencia de responsabilidad por ausencia de las formas de la culpa*» propuestas por el Dr. Julián Andrés Molano González; «*fiel cumplimiento de los protocolos y de la lex artis, cobro de lo no debido*» propuesta por la Universidad CES e «*inexistencia de responsabilidad y de obligación indemnizatoria a cargo de los demandados y de la Universidad CES; tratamiento adecuado, diligente, cuidadoso carente de culpa y realizado conforme a los protocolos; aplicación de protocolos; carencia de prueba del supuesto perjuicio*» propuestas por Sociedad Seguros Generales Suramericana S.A.

TERCERO: NEGAR las pretensiones de la presente demanda del medio de control de Reparación Directa, de conformidad con lo expuesto en precedencia.

CUARTO: No condenar en costas en esta instancia.

QUINTO: DEVOLVER por secretaría los gastos procesales.

SEXTO: ARCHIVAR el expediente, una vez firme esta sentencia, dejando las anotaciones de rigor.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

**EDISON FIERRO PANTEVEZ
JUEZ**