

JUZGADO PRIMERO CIVIL DE CIRCUITO DE ORALIDAD DE CALI



REPUBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO

SENTENCIA DE PRIMERA INSTANCIA No. 032

PROCESO : VERBAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL MÉDICA
DEMANDANTES : RAFAEL ESCORCIA DE LA HOZ y otros
DEMANDADOS : INSTITUTO DE RELIGIOSAS SAN JOSÉ DE GERONA –
CLÍNICA NSDR Y OTROS
RADICACIÓN : 76001-310-3001-2019-00029-00

Santiago de Cali, cuatro (04) de diciembre de dos mil veinticuatro (2024).

Procede el despacho a emitir decisión escrita en el asunto, anunciado previamente el sentido del fallo en audiencia oral realizada previamente, conforme lo dispone el numeral 5º del art. 373 del CGP.

RECuento PROCESAL

1. En la demanda de responsabilidad civil, instaurada por los señores RAFAEL ESCORCIA DE LA HOZ, CARLOS JULIO ESCORCIA CARRANZA, JULIO RAFAEL ESCORCIA CARRANZA; y LUZ MARINA ESCORCIA CARRANZA, en contra de ASMET SALUD EPS SAS, CENTRO MEDICO ORTHOPEDIC JOIN SA, INSTITUTO DE RELIGIOSAS DE SAN JOSPE DE GERONA-CLINICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS, se pretende lo siguiente:

“PRIMERA. Que se declare que: ASMET-SALUD EPS SAS NIT 900935126, CENTRO MEDICO ORTHOPEDIC JOIN S.A.S NIT 900317898-8 JNSTITUTO DE RELIGIOSAS DE SAN JOSE DE GERONA NIT 890.301.430-5 como propietario de la CLINICA NUESTRA SENORA DE LOS REMEDIOS DE CALI, son responsables

patrimonial, administrativa y solidariamente de los perjuicios morales, daño a la vida de relación y/o daño a la salud sufridos por los demandantes, con ocasión a la inoperancia y la negligencia en que incurrieron los entes aquí demandados, por no haber prestado la debida atención médico y administrativa, situación que condujo a que la señora MANUELA ISABEL CARRANZA VIDES, sufriera danos irreparables en su salud y que posteriormente le causaron la muerte, daño ocurrido el día 25 de abril de 2017, y que se dio con ocasión a la pésima prestación del servicio de salud al momento de la cirugía de rodilla.

SEGUNDA. - Que como consecuencia de lo anterior se condene a: ASMETSALUD EPS SAS NIT 900935126, CENTRO MEDICO ORTHOPEDIC JOIN S.A.S NIT 900317898-8, INSTITUTO DE RELIGIOSAS DE SAN JOSE DE GERONA NIT 890.301.430-5 como propietario de la CLINICA NUESTRA SENORA DE LOS REMEDIOS DE CALI, a pagar solidariamente por PERJUICIOS MORALES para cada uno de los demandantes las siguientes sumas de dinero:

A la SUCESION INTESTADA de la señora MANUELA ISABEL CARRANZA VIDAL en calidad de victima directa, El equivalente a 100 salaríes Mínimos mensuales legales vigentes, para la fecha de ejecutoria que ponga fin al proceso.

Al señor RAFAEL ESCORCIA DE LA HOZ, en calidad de esposo de la fallecida El equivalente a 100 salaríes Mínimos mensuales legales vigentes, para la fecha de ejecutoria que ponga fin al proceso.

Al señor JULIO RAFAEL ESCORCIA CARRANZA, en calidad de hijo de la fallecida. El equivalente a 100 salaríes Mínimos mensuales legales vigentes, para la fecha de ejecutoria que ponga fin al proceso.

Al señor CARLOS JULIO ESCORCIA CARRANZA, en calidad de hijo de la fallecida. El equivalente a 100 salarios Mínimos mensuales legales vigentes, para la fecha de ejecutoria que ponga fin al proceso.

A la señora LUZ MARINA ESCORCIA CARRANZA, en calidad de hija de la fallecida. El equivalente a 100 salarios Mínimos mensuales legales vigentes, para la fecha de ejecutoria que ponga fin al proceso.

TERCERA. - Que se condene a ASMETSALUD EPS SAS NIT 900935126, CENTRO MEDICO ORTHOPEDIC JOIN S.A.S NIT 900317898-8, INSTITUTO DE RELIGIOSAS DE SAN JOSE DE GERONA NIT 890.301.430-5 como propietario de la CLINICA NUESTRA SENORA DE LOS REMEDIOS DE CALI, a reconocer y pagar de manera solidaria por daño a la salud y/o danos de vida de relación para cada uno de los demandantes, las siguientes sumas de dinero.

CUARTA: Que se condene a ASMETSALUD EPS SAS NIT 900935126, CENTRO MEDICO ORTHOPEDIC JOIN S.A.S NIT 900317898-8, INSTITUTO DE RELIGIOSAS DE SAN JOSE DE GERONA NIT 890.301.430-5 como propietario de

la CLINICA NUESTRA SENORA DE LOS REMEDIOS DE CALI, por EL DANO A BIENES JURIDICOS DE ESPECIAL PROTECCION CONSTITUCIONAL Derecho a la Familia) ya que por la omisión de los aquí demandados, se les cerceno a estos la posibilidad de contar con la compañía y afecto de su esposa y madre, dividiéndose la familia a causa de la muerte de la madre, con el equivalente a 100 Salarios Mínimos Mensuales Legales Vigentes para cada uno, para la fecha de ejecutoria de la conciliación o sentencia.

QUINTA: Las sumas causadas devengarán los intereses a que haya lugar, según lo establecido en el artículo 1617 del Código Civil.

SEXTA: Que se remita copia autentica de la Sentencia con constancia de notificación y ejecutoria a: ASMET-SALUD EPS SAS NIT 900935126, CENTRO MEDICO ORTHOPEDIC JOIN S.A.S NIT 900317898-8, INSTITUTO DE RELIGIOSAS DE SAN JOSE DE GERONA NIT 890.301.430-5 como propietario de la CLINICA NUESTRA SENORA DE LOS REMEDIOS DE CALI, en orden de proveer su pago y cumplimiento oportuno."

2. LA DEMANDA SE SUSTENTÓ EN LOS SIGUIENTES HECHOS FUNDAMENTALES:

1. Por Autorización de Servicios Numero 8962931 emitida por LA EPS ASMET-SALUD, la señora MANUELA ISABEL CARRANZA VIDES de 67 años de edad es remitida a consulta por primera vez de medicina especializada (ortopedia y/o traumatología) por cuadro de gonartrosis severa de la rodilla derecha de más de año de evolución, en LA CLINICA DE ORTHOPEDIC JOIN en la ciudad de Cali-Valle, habida cuenta que la EPS ASMET SALUD, No tiene ninguna IPS contratada en-Bosconia. La paciente tuvo que trasladarse en bus, desde Bosconia, Cesar, hasta Cali Valle.

2. El día 10 de abril de 2017, la señora Manuela, acude a valoración prequirúrgica en LA CLINICA DE ORTHOPEDIC JOIN en la ciudad de Cali (Valle) con orden emitida por Doctor Cabana, y en los antecedentes personales se reseña como patológico, la hipertensión arterial. En Historia clínica se lee lo siguiente: '

"Conducta: programar para cirugía reemplazo total de rodilla derecha, se informa que debe llevar rayos x el día de la cirugía debe hacer un ayuno de mínima 12 horas antes de la cirugía, **se insiste a paciente que debe tomar tratamiento antihipertensivo de no encontrarse cifras tensionales normales el día de la cirugía se cancelara el procedimiento**" (negrita por fuera de texto)

Se puede evidenciar en lo plasmado en la Historia Clínica que había una circunstancia que, si se daba al momento de la cirugía, esta no se podía practicar y tal circunstancia era no tener las cifras tensionales normales. Después de dicha cita debe trasladarse nuevamente a su lugar de origen, estos es Bosconia- Cesar; y dicho viaje lo realiza en bus urbano.

3. La señora MANDELA ISABEL CARRANZA se traslada nuevamente desde el municipio de Bosconia a la ciudad de Cali, Valle, en Bus Urbano, y el día 25 de abril

de abril de 2017, ingresa a la Clínica Nuestra Señora de los Remedios de Cali, para la realización de la cirugía ordenada por la EPS ASMETSALUD.

4. Existe una falencia en la prestación de servicios médicos asistenciales de la paciente MANUELA ISABEL CARRANZA VIDES, sustentado fundamentalmente en lo siguiente:

4.1. Ante la verificación por el personal de salud que realizó la cirugía de reemplazo total de rodilla, perteneciente a la CLINICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS, acerca de la existencia de una tensión arterial de 162/91, pulso 80, determina que se trata de una cifra tensional fuera de lo normal, por lo que comporta que la paciente fue intervenida sin la verificación detallada de la estabilidad clínica y de una cifra tensional normal, sin tener en cuenta además que en la historia clínica previa existía una indicación médica clara de suspender el procedimiento quirúrgico si la paciente presentaba a ese momento una tensión arterial alta por el antecedente de hipertensión que presentaba (hechos 9 y 11).

4.2. En el curso del postoperatorio se presenta un evento de sospecha de la presencia de un accidente cerebrovascular en la paciente, y no obstante lo anterior, no pudo ser internada oportunamente en una unidad UCI, por falta de cupo en la clínica, sumado a la falta de disponibilidad de un profesional en radiología, lo que ocasionó que no se pudo leer en oportunidad el resultado del tac de cráneo practicado a la paciente, circunstancias que en su conjunto desencadenaron el grave problema de salud que posteriormente no se pudo mejorar (hecho 14).

4.3. El traslado del paciente ocurrido el 9 de mayo de 2017, de las instalaciones de la clínica en comento a la localidad de Bosconia-Cesar, se dio por vía terrestre en ambulancia, sin que la EPS ASMETSALUD, tuviera en consideración el estado de salud de aquella, el cual ameritaba entonces que no se hiciera de esa manera sino mediante traslado por vía aérea (hecho 8).

4.4. La paciente posterior a la cirugía realizada por personal médico de la entidad CLINICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS, ameritó ser atendida mediante múltiples procedimientos en diversas entidades de salud, porque la enfermedad nunca tuvo cura y ocasionó su posterior fallecimiento por causa de ello, cuestiones que endilga obedece a una mala decisión de los galenos de aquella entidad de salud de realizar la cirugía en comento, sin tener en cuenta la presión alta que presentaba la paciente, es decir, sin la verificación detallada de estabilidad clínica y cifras tensionales normales, a la par de la desatención de la indicación del médico tratante de suspender el procedimiento en caso de presentar la paciente una tensión arterial alta (hechos 26, 27, 28, 29 y 30).

4.5. La aludida complicación presentada por la paciente en el postoperatorio, la imposibilidad de su recuperación por ese evento y la posterior muerte es producto de su traslado a la ciudad de Cali, a pesar de su edad avanzada y condición física, atribuible a una mala gestión administrativa de la EPS ASMETSALUD SAS, por no contar con una red de IPS cerca al lugar de residencia de la paciente (Bosconia-Cesar; hecho 26).

4.6. Con el fallecimiento de la señora-MANUELA ISABEL, ARRANZA VIDES, se le causaron a los demandantes, daños y perjuicios, representados en que han quedado privados hacia el futuro de la posibilidad de amar, compartir, recibir el amor de la madre y esposa, así como versen privados de la compañía y el cariño que de seguro les habría dispensado, durante el resto de su existencia.

3. La demanda es admitida la demanda a través de auto interlocutorio N° 064 del 06 de febrero de 2019, notificado por estado del 07 de febrero de 2020.

3.1. La parte demandada INSTITUTO DE RELIGIOSAS DE SAN JOSE DE GERONA como propietario de la CLINICA NUESTRA SENORA DE LOS REMEDIOS se notificó personalmente de la demanda, el 01 de octubre del 2020, contestó oportunamente la demanda, oponiéndose a ciertos hechos y total respecto de las pretensiones de la demanda, alegando las siguientes excepciones de mérito:

- ❖ LA CONDUCTA DESPLEGADA POR LA CLÍNICA NSDR Y POR LOS FUNCIONARIOS DE SALUD QUE INTERVINIERON Y ATENDIERON LA SITUACIÓN MÉDICA Y LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA A LA SEÑORA MANUELA ISABEL CARRANZA VIDES, FUE DILIGENTE, IDÓNEA Y OPORTUNA
- ❖ EL CONTENIDO OBLIGACIONAL QUE CONLLEVA EL ACTO MÉDICO, POR REGLA GENERAL ES DE MEDIO Y NO DE RESULTADO // CONCRECIÓN DE RIESGO INHERENTE CONSENTIDO.
- ❖ EL RÉGIMEN DE RESPONSABILIDAD APLICABLE A ESTE PARTICULAR ES EL DE LA CULPA PROBADA -REITERACIÓN DE LA JURISPRUDENCIA DE LA CORTE SUPREMA DE JUSTICIA Y DE LA CORTE CONSTITUCIONAL.
- ❖ INEXISTENCIA DE RESPONSABILIDAD CIVIL MÉDICA POR AUSENCIA DE SUS ELEMENTOS ESTRUCTURALES - NO HAY INCUMPLIMIENTO CULPOSO EN EL SERVICIO DE SALUD BRINDADO A LA SRA. MANUELA CARRANZA POR LOS MÉDICOS // NO HAY ERROR EN EL ACTO QUIRURGICO, LA LESIÓN ISQUÉMICO Y LAS SECUELAS NEUROLÓGICAS SON UN RIESGO INHERENTE A LA INTERVENCIÓN DEL 25 DE ABRIL DE 2017 CONSENTIDO POR LA PACIENTE.
- ❖ AUSENCIA DE PRUEBA DE RELACIÓN DE CAUSALIDAD ENTRE LA CONDUCTA DE CLINICA NSDR CON LAS SUPUESTAS SECUELAS QUE PADECIÓ MANUELA CARRANZA NI CON SU DECESO.
- ❖ HECHO DE UN TERCERO - CAUSA EXTRAÑA // LA CAUSA DEL FALLECIMIENTO Y EL DESMEJORAMIENTO DE LA SALUD EN GENERAL DE LA SEÑORA MANUELA CARRANZA DESPUES DEL 9 DE MAYO DEL 2017 OCURRIÓ EN CLINICA DEL CESAR S.A., CLINICA BUENOS AIRES Y CLINICA SINAIS VITAIS.
- ❖ TASACIÓN INDEBIDA E INJUSTIFICADA DE LOS SUPUESTOS PERJUICIOS INMATERIALES PRETENDIDO POR LOS DEMANDANTES, TITULADOS COMO DAÑO MORAL Y DAÑO A LA VIDA DE RELACIÓN.
- ❖ INEXISTENCIA DE SOLIDARIDAD EN EL MARCO DE LAS ATENCIONES Y LA AFILIACIÓN PRODIGADAS A LA SRA. MANUELA CARRANZA.

- ❖ LA REPARACIÓN DEL DAÑO NO PUEDE SER FUENTE DE ENRIQUECIMIENTO PARA LA PARTE DEMANDANTE
- ❖ ENRIQUECIMIENTO SIN CAUSA GENÉRICA O INNOMINADA

Igualmente, aquella demandada, llamo en garantía a los siguientes:

- Se Admitió el llamamiento en garantía mediante auto 08 de julio del 2021, formulado por INSTITUTO RELIGIOSA DE SAN JOSE DE GERONA propietaria del establecimiento de comercio CLINICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS, a través de apoderada judicial, frente al CENTRO MEDICO ORTHOPEDIC S.A.S., quien integrara el contradictorio referido, quien no contesto la demanda.

- Se Admitió el llamamiento en garantía mediante auto 08 de julio del 2021, formulado por INSTITUTO RELIGIOSA DE SAN JOSE DE GERONA propietaria del establecimiento de comercio CLINICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS, a través de apoderada judicial, frente a Allianz Seguros S.A, quien integra el contradictorio referido, quien contestó oportunamente la demanda, oponiéndose a los hechos y total respecto de las pretensiones de la demanda, quien denomino las siguientes excepciones así:

- ❖ DELIMITACIÓN CONTRACTUAL MEDIANTE EXCLUSIONES, GARANTÍAS Y DEMÁS CONDICIONES CONTRACTUALES ESTABLECIDAS EN LA PÓLIZA -LA PÓLIZA NO CUBRE ATENCIONES DADAS POR GALENOS QUE NO TENGAN RELACIÓN LABORAL O DEPENDENCIA DEL ASEGURADO
- ❖ MONTO LÍMITE COBERTURA DE LA PÓLIZA 022420781/0
- ❖ DEDUCIBLE PACTADO
- ❖ INEXISTENCIA DE RESTABLECIMIENTO AUTOMÁTICO DE LA SUMA ASEGURADA.
- ❖ AUSENCIA DE RESPONSABILIDAD ATRIBUIBLE A LA PARTE PASIVA – CORRESPONDE A LA PARTE ACTORA DESVIRTUAR LA BENEVOLENCIA EN LA ACTUACIÓN MÉDICA:

- Se Admitió el llamamiento en garantía, mediante auto de fecha 17 de noviembre del 2021, formulado por el demandado ORTHOPEDIC JOIN S.A.S., a través de apoderado judicial, frente a la ASEGURADORA CONFIANZA, a través de su representante legal y/o quien haga sus veces, quien integrara el contradictorio referido, quien no contesto el llamado garantía.

- Se Admitió el llamamiento en garantía formulado por el demandado ORTHOPEDIC JOIN S.A.S., a través de apoderado judicial, frente a JUAN EMANUEL CARDONA PAZ, quien integrara el contradictorio referido, quien no contesto el llamado en garantía.

- Se Admitió el llamamiento en garantía por el demandado ORTHOPEDIC JOIN S.A.S., a través de apoderado judicial, frente a MIGUEL ANTONIO CABANA, , quien

integrara el contradictorio referido; y contestó oportunamente la demanda, oponiéndose a los hechos y total respecto de las pretensiones de la demanda, quien denomino las siguientes excepciones así:

- ❖ LA NO CONFIGURACIÓN DE LAS ACTUACIONES CULPOSA, NEGLIGENTES O IMPERICIA DEL PROCEDIMIENTO MEDICO
- ❖ EL CONTENIDO OBLIGACIONAL QUE CONLLEVA EL ACTO MÉDICO, POR REGLA GENERAL ES DE MEDIO Y NO DE RESULTADO // CONCRECIÓN DE RIESGO INHERENTE CONSENTIDO.
- ❖ INEXISTENCIA DE RESPONSABILIDAD CIVIL MÉDICA POR AUSENCIA DE SUS ELEMENTOS ESTRUCTURALES - NO HAY INCUMPLIMIENTO CULPOSO EN EL SERVICIO DE SALUD BRINDADO A LA SRA. MANUELA CARRANZA POR LOS MÉDICOS // NO HAY ERROR EN EL ACTO QUIRURGICO, LA LESIÓN ISQUÉMICO Y LAS SECUELAS NEUROLÓGICAS SON UN RIESGO INHERENTE A LA INTERVENCIÓN DEL 25 DE ABRIL DE 2017 CONSENTIDO POR LA PACIENTE.
- ❖ AUSENCIA DE SUS ELEMENTOS ESTRUCTURALES - NO HAY INCUMPLIMIENTO CULPOSO EN EL SERVICIO DE SALUD BRINDADO A LA SRA.MANUELA CARRANZA.
- ❖ CAUSA EXTRAÑA // LA PACIENTE PRESENTABA ENFERMEDAD.
- ❖ EXCEPCIÓN GENÉRICA

3.2. La sociedad convocada ORTHOPEDIC JOIN SAS, contesta oportunamente la demanda, negando ciertos hechos y aceptando otros, oponiéndose a las pretensiones de la demanda y formulando las siguientes excepciones de mérito:

- No configuración de las actuaciones culposas, negligentes o impericia del procedimiento médico.
- El contenido obligacional que conlleva el acto médico, por regla general es de medio y no de resultado.
- Inexistencia de responsabilidad civil medica por ausencia de sus elementos estructurales.
- Hecho de un tercero-causa extraña.

3.3. Se declaran ineficaces los llamados en garantía efectuados por la pasiva ORTHOPEDIC JOIN SAS, a JUAN MANUEL CARDONA PAZ, MIGUEL ANTONIO CABAÑA y ASEGURADORA CONFIANZA (autos de fecha 28 de julio de 2022 y 3 de agosto de 2023 respectivamente).

4. Se agotan de manera concentrada las audiencias orales previstas en los arts. 372 y 373 del CGP, los días 9 y 10 de septiembre de 2024, programada por auto del 25 de junio de 2024, se suspende la de instrucción y juzgamiento para el interrogatorio de perito, cuya reanudación se realiza el día 3 de diciembre de 2024, la cual culmina con la etapa de juzgamiento con el anuncio del sentido del fallo, explicando de manera concreta las razones para proceder de esa manera, las cuales se condensan ahora en esta decisión escrita.

CONSIDERACIONES

1. PRESUPUESTOS PROCESALES

Es menester señalar que los denominados presupuestos procesales han sido entendidos de manera general por la jurisprudencia y doctrina, como los condicionamientos esenciales de orden procesal, para que se pueda tramitar y culminar con sentencia de mérito todo proceso de carácter civil.

Del examen de aquellos requisitos en el caso planteado, se verifica que los mismos se encuentran presentes en el proceso, por cuanto concurre la capacidad para ser parte, alusiva a natural en los demandantes y jurídica de derecho privado en las organizaciones demandadas; en cuanto al requisito de capacidad procesal se verifica también en ambos extremos procesales, porque han concurrido de manera directa al proceso en el caso de las personas naturales, por lo que se presumen capaces, al paso que las entidades jurídicas demandadas lo han hecho por conducto de sus respectivos representantes legales; asimismo, este despacho tiene jurisdicción y es competente para conocer de este tipo de litigios; por último, la demanda cumple los requisitos formales para ser apta.

Debe precisarse, adicionalmente, acerca de que la sociedad demandada ASMET SALUD E.P.S. S.A.S., para el momento en que se profiere esta sentencia, conserva su calidad de parte (persona jurídica privada; art. 53-1 CGP), al igual que la procesal, por cuanto si bien se encuentra actualmente con medida especial de intervención forzosa administrativa dispuesta por la Superintendencia de Salud, mediante la Resolución No. 2023320030002798-6 del 11 de mayo del 2023, y designándose asimismo un interventor, conserva su personalidad jurídica con representación legal actual de su agente interventor, a quien además se le ha notificado de la existencia de este proceso (auto del 25 de abril de 2024), el cual ha intervenido en el asunto otorgando poder especial a apoderado.

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

2. LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA

Se comenzará el estudio con lo relacionado con la legitimación en la causa, dado que, en todo proceso judicial, de entrada, e incluso de manera oficiosa, es menester auscultar el requisito de la legitimación en la causa, por activa y pasiva, pues ha sido considerado como el presupuesto material indispensable para obtener una sentencia de fondo favorable a las pretensiones de la demanda o en su defecto, para la absolución del demandado. Con base en lo anterior, aquel requisito, consiste, fundamentalmente, y en el caso del demandante, en que sea el titular del derecho que reclama, y resulta legitimado por pasiva o demandado, la persona

llamada a responder, por ser, según la ley, el titular de la obligación correlativa (SC2642-2015).

En el caso que nos ocupa, respecto a la legitimación en la causa por activa, debe mencionarse que en la demanda, los accionantes ejercitaron una acción indemnizatoria basada en una responsabilidad civil médica, en su calidad de herederos de la víctima fallecida MANUELA ISABEL CARRANZA VIDES, correspondiente a sus hijos JULIO RAFAEL ESCORCIA CARRANZA, CARLOS JULIO ESCORCIA CARRANZA y LUZ MARINA ESCORCIA CARRANZA; igualmente RAFAEL ESCORCIA DE LA HOZ, este último en la condición alegada de compañero permanente de la aludida occisa, a la par que en conjunto los aludidos actores acumularon en la demanda, el reclamo de los perjuicios padecidos por la víctima y para la sucesión intestada ilíquida de aquella, sumado a la reparación de los daños personales que su muerte les ocasionó a éstos.

Tal acumulación, encuentra sustento en la jurisprudencia de la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia, la cual, como lo hace en la sentencia SC11347-2014, lo avala en los siguientes términos:

“(...) Por la muerte de una persona como consecuencia de una acción u omisión jurídicamente reprochable, surge para los herederos la facultad de reclamar los perjuicios por ella padecidos, a través de la denominada acción hereditaria. Adicionalmente, los mismos sucesores o cualquier otro sujeto, tienen la potestad de reclamar, iure proprio, la reparación de los daños personales y ciertos, o de rebote, que haya producido tal deceso.

En efecto, dijo la Sala en sentencia CSJ SC de 18 de may. de 2005, rad. 14415, que

“[S]e trata entonces de acciones diversas, por cuanto tienden a la reparación de perjuicios diferentes. La primera, puesta al alcance de los causahabientes a título universal de la víctima inicial, que se presentan en nombre del causante, para reclamar la indemnización del daño sufrido por éste, en la misma forma en que él lo habría hecho. La segunda, perteneciente a toda víctima, heredera o no del perjudicado inicial, para obtener la satisfacción de su propio daño”

En cuanto a la legitimación por pasiva, la referida parte actora reclama un componente indemnizatorio relacionado con daños originados en una atención de salud que cataloga de negligente o deficiente, endilgada bajo la figura de la solidaridad a la entidad promotora de salud ASMET SALUD EPS SAS y a las entidades prestadoras de servicios de salud al occiso, correspondientes éstas al CENTRO MEDICO ORTHOPEDIC JOIN SA y el INSTITUTO DE RELIGIOSAS DE SAN JOSÉ DE GERONA-CLINICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS DE CALI.

En cuanto a la procedencia de aquellas pretensiones indemnizatorias frente a las organizaciones demandadas, y si aquellas deben responder por ese pedido, de manera aislada o solidaria, será objeto de resolución en el problema jurídico a resolver en el proceso.

3. PROBLEMA JURIDICO A RESOLVER

3.1. Planteamiento.

En virtud de que se trata de un reclamo indemnizatorio relacionado con una responsabilidad civil médica, que involucra a instituciones de salud, en la doble modalidad de promotora de servicios de salud (EPS) y prestadores de servicios de salud (IPS), que intervinieron en la atención de salud de la paciente, se requería entonces que los demandantes acreditaran (carga probatoria que les incumbía), los elementos concurrentes que la configuran y relativos al daño antijurídico denunciado, la culpa de la entidad o de sus agentes por la prestación de un servicio de salud deficiente y la relación de causalidad entre esos dos elementos.

3.2. Marco conceptual aplicable para la resolución del caso.

En primer lugar, debe mencionarse que en materia de responsabilidad civil médica, la jurisprudencia reiterada de la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia, ha señalado la postura alusiva a exigir, la comprobación de la culpa del personal de salud o de la institución de salud, bajo el estándar de la diligencia exigible a aquellos profesionales, denominada “lex artis ad hoc”, la cual por ende no se presume y debe probarse, como presupuesto ineludible para la conformación de aquella responsabilidad, amén que por excepción, se ha establecido la ausencia de exigir al actor la imputación de ese comportamiento, cuando expresamente así se ha pactado entre las partes en un contrato.

En sentencia fechada el 25 de agosto de 2021, con ponencia del Magistrado LUIS ALONSO RICO PUERTA, identificada con el número SC3604-2021 (reiterada en sentencia posterior SC4425-2021), aquella Corporación señaló:

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

Ese estándar, cabe precisarlo, no puede asimilarse completamente a ninguno de los que consagra el precepto 63 del Código Civil para los distintos tipos de culpa (como el parámetro del «buen padre de familia»), ni tampoco al criterio genérico de «persona razonable», pues debe tener en cuenta las

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

especiales características de la labor del personal médico. Lo anterior explica la necesidad de acudir a una pauta diferenciada, denominada *lex artis ad hoc*, esto es,

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

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

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

Así mismo, resulta pertinente precisar que en la referida jurisprudencia civil, en materia de responsabilidad civil de todas las entidades involucradas en la prestación de servicios de salud, bajo el régimen de seguridad social en salud (Ley 100 de 1993), de manera aislada o solidaria entre éstas, o con sus agentes, ha indicado, como lo hace en la sentencia SC-13925-2016, la circunstancia alusiva a que la

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

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

definición de su responsabilidad, solo ocurre luego de probado su culpa, a la par que puede desvirtuarse, si acontece alguno de los eximentes de causa extraña permitidos por el ordenamiento jurídico, o la verificación de una debida diligencia y cuidado de la organización o de sus agentes en la atención del afiliado; en efecto, allí se dijo que:

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

Con referencia al requisito de la comprobación del daño, debe señalarse que se ha instituido como un condicionamiento que debe reunir toda acción indemnizatoria para que prospere, por lo que sin su demostración no hay lugar a reparación alguna, amén que la jurisprudencia civil lo ha definido como todo detrimento, menoscabo o deterioro que afecta bienes o intereses lícitos de la víctima, vinculados con su patrimonio, su esfera espiritual, o con los bienes de su personalidad. En sentencia SC504-2023, se reafirma lo anterior de la siguiente manera:

“Así las cosas, al tratarse de una prototípica acción indemnizatoria, como todas las que ostentan dicho carácter, está determinada por el daño. Frente a este, la Corporación ha dicho –primero– que «es todo detrimento, menoscabo o deterioro, que afecta bienes o intereses lícitos de la víctima, vinculados con su patrimonio, con su esfera espiritual o afectiva, o con los bienes de su personalidad». Segundo, «...que el perjuicio es, si se quiere, el elemento estructural más importante de la responsabilidad civil, contractual y extracontractual, al punto que, sin su ocurrencia y demostración, no hay lugar a reparación alguna». Y, finalmente «...que el daño indemnizable, debe ser cierto» (CSJ, SC del 1º de noviembre de 2013, rad. 1994-26630-01; se subraya). En una palabra, sin daño no hay responsabilidad, ni lugar a la prosperidad de la acción con la que se busque su reparación...”.

De igual manera, en la responsabilidad médica se exige la acreditación del daño como presupuesto para el nacimiento del deber indemnizatorio por parte de los agentes involucrados en la prestación del servicio de salud; en la sentencia SC3919-2021, se menciona:

“(…) La responsabilidad médica está compuesta por los elementos de toda acción resarcitoria, por cuanto se nutre de la misma premisa, según la cual cuando se ha infligido daño a una persona nace el deber indemnizatorio.

De allí que los agentes involucrados en la prestación del servicio de salud no están exentos de tal compromiso, al igual que acontece en otros eventos configuradores de los presupuestos para reconocer perjuicios, si en desarrollo de esa actividad, ya sea por negligencia, impericia, imprudencia o violación a su reglamentación, afecta negativamente a los pacientes, siempre y cuando la víctima acredite los restantes elementos de la responsabilidad.”

Finalmente, respecto al presupuesto de la responsabilidad civil médica, relacionado con la relación de causalidad, es entendida por la jurisprudencia civil como la realización de una operación de tipo mental que realiza el juzgador, a partir de las reglas de la experiencia y del sentido de la razonabilidad, para definir si existen en el caso antecedentes y condiciones que influyeron en la producción del daño, y se puedan asociar a un comportamiento médico indebido, en cuyo caso se configura el débito indemnizatorio; en la última sentencia en mención, se señaló:

“(…) Y respecto al nexo causal, conviene iterar que el vínculo causal es una condición necesaria para la configuración de la responsabilidad⁴, el cual sólo puede ser develado a partir de las reglas de la vida, el sentido común y la lógica de lo razonable, pues estos criterios permiten particularizar, de los antecedentes y condiciones que confluyen a la producción de un resultado, cuál de ellos tiene la categoría de causa⁵.

Para tal fin, «debe realizarse una prognosis que dé cuenta de los varios antecedentes que hipotéticamente son causas, de modo que con la aplicación de las reglas de la experiencia y del sentido de razonabilidad a que se aludió, se excluyan aquellos antecedentes que solo coadyuvan al resultado pero que no son idóneos per se para producirlos, y se detecte aquél o aquellos que tienen esa aptitud» (SC, 15 en. 2008, rad. 2000-673-00-01; en el mismo sentido SC, 6 sep. 2011, rad. 2002-00445-01).

Así las cosas, en la búsqueda del nexo causal concurren elementos fácticos y jurídicos, siendo indispensable la prueba -directa o inferencial- del primero de ellos, para lograr una condena indemnizatoria.”.

⁴ CSJ, SC7824, 15 jun. 2016, rad. 2006-00272-02; AC2184, 15 ab. 2016, rad. 2010-00304-01; AC1436, 2 dic. 2015, rad. 2012-00323-01; SC13594, 6 oct. 2015, rad. 2005-00105-01; SC10808, 13 ag. 2015, rad. 2006-00320-01; SC17399, 19 dic. 2014, rad. 2002-00188-01; SC12449, 15 sep. 2014, rad. 2006-00052-01; entre otras.

⁵ CSJ, SC, 26 sep. 2002, rad. 6878; reiterada SC, 13 jun. 2014, rad. 2007-00103-01.

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

3.3. RESOLUCIÓN DEL CASO.

Entrando en materia, debe partirse el estudio del análisis del sustento fáctico expresado en la demanda, acerca de la responsabilidad jurídica endilgada al demandado, cuya interpretación resulte acorde con los postulados establecidos en los arts. 42-5 y 281 del CGP, como presupuesto para decidir el fondo del asunto.

De acuerdo con lo consignado en el extenso relato fáctico contenido en aquel libelo introductor, puede afirmarse que se alega la existencia de una falencia en la prestación de servicios médicos asistenciales de la paciente MANUELA ISABEL CARRANZA VIDES, sustentado fundamentalmente en lo siguiente:

1. Ante la verificación por el personal de salud que realizó la cirugía de reemplazo total de rodilla, perteneciente a la CLINICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS, acerca de la existencia de una tensión arterial de 162/91, pulso 80, determina que se trata de una cifra tensional fuera de lo normal, por lo que comporta que la paciente fue intervenida sin la verificación detallada de la estabilidad clínica y de una cifra tensional normal, sin tener en cuenta además que en la historia clínica previa existía una indicación médica clara de suspender el procedimiento quirúrgico si la paciente presentaba a ese momento una tensión arterial alta por el antecedente de hipertensión que presentaba (hechos 9 y 11).
2. En el curso del postoperatorio se presenta un evento de sospecha de la presencia de un accidente cerebrovascular en la paciente, y no obstante lo anterior, no pudo ser internada oportunamente en una unidad UCI, por falta de cupo en la clínica, sumado a la falta de disponibilidad de un profesional en radiología, lo que ocasionó que no se pudo leer en oportunidad el resultado del tac de cráneo practicado a la paciente, circunstancias que en su conjunto desencadenaron el grave problema de salud que posteriormente no se pudo mejorar (hecho 14).
3. El traslado del paciente ocurrido el 9 de mayo de 2017, de las instalaciones de la clínica en comento a la localidad de Bosconia-Cesar, se dio por vía terrestre en ambulancia, sin que la EPS ASMET SALUD, tuviera en consideración el estado de salud de aquella, el cual ameritaba entonces que no se hiciera de esa manera sino mediante traslado por vía aérea (hecho 8).
4. La paciente posterior a la cirugía realizada por personal médico de la entidad CLINICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS, ameritó ser atendida mediante múltiples procedimientos en diversas entidades de salud, porque la enfermedad nunca tuvo cura y ocasionó su posterior fallecimiento por causa de ello, cuestiones que endilga obedece a una mala decisión de los galenos de aquella entidad de salud de realizar la cirugía en comento, sin tener en cuenta la presión alta que presentaba la paciente, es decir, sin la verificación detallada de estabilidad clínica y cifras tensionales normales, a la par de la desatención de la indicación del médico tratante

de suspender el procedimiento en caso de presentar la paciente una tensión arterial alta (hechos 26, 27, 28, 29 y 30).

5. La aludida complicación presentada por la paciente en el postoperatorio, la imposibilidad de su recuperación por ese evento y la posterior muerte es producto de su traslado a la ciudad de Cali, a pesar de su edad avanzada y condición física, atribuible a una mala gestión administrativa de la EPS ASMET SALUD SAS, por no contar con una red de IPS cerca al lugar de residencia de la paciente (Bosconia-Cesar; hecho 26).

Con base en lo anterior, se procede ahora a analizar los elementos estructurales de la responsabilidad civil de carácter médica, relativos al daño antijurídico, la imputación de conducta-culpa y la relación de causalidad.

3.3.1. Elemento hecho lesivo y/o daño.

En la demanda que origina el proceso, conforme ya se precisó atrás, los actores señalan como el hecho lesivo y/o daño que ocasiona los perjuicios reclamados, los referentes al (i) evento de complicación en el estado de salud presentado en el postoperatorio de la paciente, asociado a la sospecha de un accidente cerebro vascular que padeció, el cual se alega es ocasionado por el error del personal médico de efectuar la cirugía de reemplazo de rodilla, sin tener en cuenta la cifra tensional anormal que presentaba la paciente para el ingreso al procedimiento y la advertencia médica de no efectuarlo si presentaba precisamente esa circunstancia; de igual manera (ii), el daño lo representa la imposibilidad de recuperación del estado de salud de la paciente por aquel evento presentado, cuya complicación desencadenó además la posterior muerte de la paciente.

Respecto a elementos de prueba aportados por los demandantes para acreditar el hecho lesivo y el daño antijurídico atribuido a los demandados, se encuentran los siguientes:

1.1. Historia clínica de la institución ORTHOPEDIC JOIN-GRUPO DE ESPECIALISTAS ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA, identificada con el No. 366221537, la cual contiene la atención en salud dispensada a MANUELA CARRANZA VIDES, el día 10 de abril de 2017, tipo consulta y efectuada por el Dr. MIGUEL ANTONIO CABANA HERRERA, en la que se señala como motivo de consulta la valoración prequirúrgica para procedimiento de reemplazo de rodilla, se anota dentro del análisis de la paciente, dentro de sus signos vitales la referente a TA: 130/85; igualmente aquel galeno anota que estima riesgo quirúrgico intermedio y considera la paciente apta para ser llevada a cirugía, unido a que dentro de la conducta, adicional a programar la cirugía de reemplazo total de rodilla derecha, menciona que “se insiste a la paciente que debe tomar el tto antihipertensivo, de no encontrarse cifras tensionales normales el día de la cirugía, se cancelará procedimiento quirúrgico” (C01 principal, archivo 00, folios 112-114).

1.2. Historia clínica de la institución NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS- INSTITUTO RELIGIOSAS DE SAN JOSÉ DE GERONA PROVINCIA LATINOAMERICANA, relacionada con atenciones efectuadas a la paciente MANUELA ISABEL CARRANZA VIDES, durante el periodo comprendido entre el 25 de abril al 9 de mayo de 2017 (C01, archivo 00, folios 119-95-98); dentro de aquel relato, resulta relevante para el estudio del caso los siguientes registros:

- Formato de registro de anestesia fechado el 25 de abril de 2017, para la operación propuesta de reemplazo total de rodilla derecha, en la que se anota el dato de "T. ART: 170/76" (folio 119).

- Formato lista de chequeo verificación del paciente para cirugía segura de fecha 25 de abril de 2017, y dentro del acápite de alistamiento, punto sobre toma y registro de signos vitales, se anota el de "TA: 162/91" (folio 126).

- Historia clínica de la cirugía del 25/04/2017, con anotaciones sobre el acto quirúrgico del procedimiento reemplazo total de rodilla bicompartimental (13734), ocurrido en esa data, y con la anotación de los siguientes horarios: ingreso al quirófano (08:30); fecha-hora inicio cirugía (08:50); fecha-hora inicio anestesia (08:35); fecha de salida de quirófano (10:45); fecha-hora fin cirugía (10:38); y, fecha-hora fin anestesia (10:40). Además de la indicación de los siguientes datos: técnica anestésica: raquídea, de cubito supino; procedimientos sin complicaciones, con plan referente a hospitalización, dieta libre, tapón heparinizado y el suministro de medicamentos cefalotina, amikacina, diclofenaco, acetaminofen y RX de dorilla postquirúrgico de rodilla derecha (folio 445-446).

- Notas de atención en enfermería para la cirugía del 25/04/2017, relacionado con el control preoperatorio, amén que respecto al examen físico de la paciente al ingreso, se registra la hora de 09:09, con los siguientes datos de presión arterial: 162/91 mm/Hg; de igual manera, en lo relacionado con la recuperación de la paciente, en lo referido al examen físico al ingreso, se anota como presión arterial: 101/60 mm / Hg (hora:10:51), al igual que a las 11:40, el referente a 119/75 mm /Hg y a las 18:14, el dato de 123/74 mm /Hg; finalmente, se registra la salida de recuperación a las 18:14 (folios 446-448).

- Igualmente, existe anotación de examen físico de signos vitales efectuado el 25/04/2017 a las 22:51, con datos de presión arterial: sistólica 140 y diastólica 70 (folio 450).

- Registro de evolución médica del 25/04/2017, hora 22:56 por llamado de enfermería alusivo a que la paciente presenta disártrica; sospecha de ACV y se solicita TAC simple cerebro urgente porque se encuentra en ventana de trombosis firmado por la Dra. KENNY DECARO-Medicina General (folios 451-452).

- Registro de evolución médica del 26/04/2017, hora 12:29, en la que el médico internista MANUEL DAVID MAYORAL VALENCIA, anota como observaciones, las referidas a TAC de cráneo a la espera de reporte oficial; sin embargo, aquel galeno señala que observa zona hipodensa a nivel fronto parietal derecho en relación con

posible infarto en territorio de arteria cerebral media derecha, el cual dispone tratamiento con ingesta de medicamentos y solicita cupo en UCIM (folios 457-459).

- Registro de evolución de ingreso a UCI con anotación de medicina interna, con fecha 26/04/2017 y hora 15:54, con diagnóstico de accidente cerebrovascular isquémico en territorio de arteria cerebral media derecha, con firma del Dr. DIEGO FELIPE HUERTAS SAENZ (folios 459-460).

1.3. Historia clínica de la institución CLINICA DEL CESAR SA, de la paciente MANUELA ISABEL CARRANZA VIDES, con fecha de ingreso el 14/05/2017, hora 12:08 pm, con anotación de ingreso en mal estado general y con deterioro neurológico, con registro especial la referente a que el día 16/05/2017, hora 12:44, en el que se anota que se realiza tomografía cerebral, donde se evidencia lesión hipodensa neoplásico vs. neuroinfección (archivo 00, folios 189), con nota de egreso la alusiva al 07/06/2017 (C01, archivo 00, folios 171-341).

1.4. Historia clínica de la institución CLINICA BUENOS AIRES SAS, de la paciente MANUELA I. CARRANZA V., con fecha de ingreso del 10/09/2017. Hora 22:44, para hospitalización con diagnóstico de ECV ISQUEMICA y registro de atenciones hasta el 29/09/2017 (C01, archivo 00, folio 240-287).

1.5 Historia clínica de la institución SINAIS VITAIS CLINICA REGIONAL DE ESPECIALISTAS, de la paciente MANUELA I. CARRANZA V., quien ingresa al servicio de urgencias el 11/11/2017, hora 18:41, con motivo de consulta el referente a esta botando mucha flema y está apretada, con antecedente de enfermedad cerebrovascular; igualmente, se registra el 11/12/2017, hora 19:20, la observancia en la paciente de las siguientes patologías: insuficiencia respiratoria aguda; infección de vías urinarias; hemorragia de vías digestivas bajas; constipación; epilepsia por HC; ACV isquémico por AP; hipertensión arterial; y, gastrostomía funcional; finalmente, aparece la anotación del 12/11/2017, hora 01:45, en la que se indica que la paciente presenta paro cardiorrespiratorio súbito y falla ventilatoria, se realiza reanimación e intubación fallida y se declara muerte, hora 1:35 am, a la par que se anota en la misma fecha (hora 01:40), que la paciente presenta dificultad respiratoria con datos de hipotensión por shock séptico y hemorragia de vías digestivas (C01, archivo 00, folio 290-296).

Analizadas ahora en conjunto las aludidas historias clínicas referidas, respecto de las cuales se precisa, son de reconocida importancia probatoria al interior de un proceso de responsabilidad civil de carácter médico, debido a que permiten verificar la condición de salud y los actos médicos a que fue sometido el paciente, pues le brinda al juez *“los elementos de juicio que permitan a la autoridad concluir que la diligencia, el cuidado, la prudencia, la aplicación de la lex artis, fueron adecuadamente cumplidas tanto por él como por el equipo médico, paramédico, y por los establecimientos hospitalarios”* (SC4425-2021), de su lectura objetiva, se verifican entonces los siguientes hechos esenciales:

1. Posterior a la realización del procedimiento quirúrgico de reemplazo total de rodilla derecha de la paciente MANUELA CARRANZA, hecho que se dio el 25 de

abril de 2017, encontrándose aquella en el inmediato postoperatorio, ocurre un evento relacionado con un accidente cerebro vascular que la afecta (ACV), el cual da origen al inicio de un tratamiento médico continuo por sus efectos, el cual es dispensado por varias instituciones clínicas, comenzando por la entidad CLINICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS, lugar donde se practicó aquel procedimiento, posteriormente es internada para atender un evento de accidente cerebro vascular que sufre en unidades UCI y de CUIDADOS INTERMEDIOS, hospitalización y posterior salida por indicación médica de recuperación; igualmente, luego de su traslado al lugar de residencia, la paciente ingresa a otras instituciones para tratamientos de salud relacionados con aquel diagnóstico y de otras dolencias, en su orden, las concernientes a la CLINICA DEL CESAR SA, CLINICA BUENOS AIRES SAS y CLINICA SINAIS VITAIS CLINICA REGIONAL DE ESPECIALISTAS, institución última en la que la paciente fallece.

2. El día 12 de noviembre de 2017, la aludida paciente fenece en la unidad de urgencias del establecimiento hospitalario último en mención, por presentar un paro cardiorrespiratorio súbito y falla ventilatoria, asociado a un estado de hipotensión por shock séptico y hemorragia de vías digestivas.

Aquel deceso, se corrobora además con el aporte al proceso del registro civil de defunción de la referida paciente, con anotación de la muerte ocurrida el 12 de noviembre de 2017(C01 principal, archivo 00, folio 45).

En ese orden de ideas, a partir de la valoración conjunta de aquella prueba documental, no tachada ni desconocida por interesado, se comprueba con suficiencia el hecho lesivo y el daño antijurídico señalado en la demanda, fundamento del pedido indemnizatorio reclamado en ella, alusivo aquel a la ocurrencia de un estado de complicación de la salud de la paciente, relacionado con un accidente cerebro vascular-ACV, que es posterior a efectuarse un procedimiento quirúrgico, al igual que se comprueba el hecho del fallecimiento posterior, aproximadamente 7 meses después de practicada la cirugía de rodilla a la paciente, ocasionado por un evento súbito asociado aquel a varias patologías que la afectaban para ese momento.

Definido aquel aspecto puntual del daño, debe ahora analizarse la verificación de la presencia o no de los otros elementos concurrentes que se necesitan para configurar la responsabilidad civil médica, relativos a la culpa médica y la relación de causalidad, estos dos últimos además íntimamente relacionados, partiendo de la base para el efecto del sustento fáctico expuesto en la demanda, alusivo, se reitera, a que se realizó el referido procedimiento quirúrgico sin encontrarse la paciente con la estabilidad clínica y cifras tensionales normales, requeridas para adelantar aquella cirugía, lo cual generó la aparición del evento cerebral isquémico, cuyas secuelas e imposibilidad de recuperación de la paciente produjeron posteriormente su deceso, unido ello a unas deficiencias administrativas que le atribuyen los reclamantes a la EPS accionada.

3.3.2. Elemento culpa.

Se encuentran los siguientes medios probatorios relacionados con la cuestión:

1. La revisión objetiva de las aludidas historias clínicas de los centros hospitalarios que intervinieron en la atención médica de la paciente MANUELA CARRANZA, en especial, la cuestionada en la demanda, que contiene los relatos incluidos en la entidad CLINICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS, ya objeto de análisis anteriormente, referidos al proceso prequirúrgico, la cirugía practicada, el evento de complicación posterior del estado de salud, asociado a la aparición de un ACV y el tratamiento médico brindado en dicha institución a esa patología hasta el egreso de la institución de la paciente a su lugar de origen.

2. Concepto escrito de la médica cirujana DIANA MARCELA ESTRADA HINCAPIE, aportado con la demanda, el cual contiene un estudio de las historias clínicas de la paciente MANUELA ISABEL CARRANZA VIDES, existentes en los centros hospitalarios CLINICA ORTOPEDIA JOIN, CLINICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS, CLINICA DEL CESAR, CLINICA BUENOS AIRES y CLINICA REGIONAL DE ESPECIALISTAS DE BOSCONIA, en el que la referida profesional expone las siguientes conclusiones (C01 principal, archivo 00, folios 48-49 y 341-375):

- Imagen folios 371 y 372:

1. Se realizó un procedimiento quirúrgico, sin la verificación detallada de estabilidad clínica y cifras tensionales normales, aun cuando en la historia clínica previa existía una indicación clara de suspenderla en caso de que la señora MANUELA ISABEL CARRANZA VIDES llegara con la tensión arterial alta, Indicación que fue inobservada, y a pesar de llegar a sitio de cirugía hipertensa se operó.
2. Durante el transoperatorio según la nota de anestesia, permaneció hipertensa y no se evidencia tratamiento para estabilizar sus cifras tensionales ni antes, durante o en posoperatorio inmediato.
3. Esta omisión, en la valoración y en el manejo favoreció la aparición de un proceso embólico cerebral isquémico que dejó secuelas y

discapacidad definitiva en la señora MANUELA ISABEL CARRANZA VIDES.

4. Dichas secuelas la llevaron a un proceso de inmovilidad, y posteriores complicaciones que terminaron con su vida.

Dentro del sustento de aquellas conclusiones, se encuentran las más relevantes siguientes:

1. Según las notas de enfermería, la paciente llega a la cirugía “hipertensa”, debido a que presente las cifras de tensión alusivas a “160/90 de tensión arterial y tensión arterial de media de 114”.

2. A pesar de esos niveles, no hay evidencia clínica de que hayan sido manejadas o controladas por el personal de salud encargado de la cirugía, en el “pre y transoperatorio”, el que además a pesar de que se trataba de una paciente hipertensa se realizó el procedimiento quirúrgico, cuya condición de por sí constituía un riesgo de complicaciones como isquemia, miocárdica y eventos cardiovasculares; adicionalmente, la paciente salió de la cirugía sin orden médica de antihipertensivos y horas después hace un evento isquémico cerebral, dentro de cuyo tratamiento médico se coloca el medicamento “cloridrogrel”, el cual considera “contraindicado” para su postoperatorio puesto que la puso en alto riesgo de sangrado cerebral, aunque luego es suspendido por medicina especializada y comienza un tratamiento indicado con el medicamento “enoxaparina”, pero precisa que solo hasta ese momento se inicia un manejo para control de sus cifras tensionales; de igual modo, en adelante menciona que a la paciente le aparecen una serie de complicaciones propias de las secuelas neurológicas posteriores al accidente cerebrovascular isquémico, lo cual demandó una estancia prolongada en establecimientos hospitalarios, a la par que posteriormente ocasionaron la muerte de la paciente, debido a que se relaciona con trastornos variados que incluyeron infecciones respiratorias y urinarias con posterior sepsis y deceso; finalmente, cuestiona que en el consentimiento informado quirúrgico y en el anestésico, no se mencionó que la paciente podía sufrir complicaciones propias de la hipertensión durante el procedimiento quirúrgico y la posibilidad de embolias que es una complicación propia de aquel.

La valoración de aquel documento técnico o científico, lo realiza el despacho conforme lo ha autorizado la jurisprudencia civil para casos, en donde se analiza reglas técnicas de una ciencia en particular en procesos de responsabilidad civil, incluida la de carácter médico. En esos términos, lo ha señalado la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia, al indicar que *“un dictamen pericial, un documento técnico científico o un testimonio de la misma índole, entre otras pruebas, podrán ilustrar al juez sobre las reglas técnicas que la ciencia de que se trate tenga decantadas en relación con la causa probable o cierta de la producción del daño que se investiga”* (CSJ sentencia del 26 de septiembre de 2002, MP JORGE SANTOS BALLESTEROS).

3. Dictamen pericial BLANCA MARÍA LÓPEZ SEPÚLVEDA, médica especialista en Anestesiología, prueba presentada bajo la autorización prevista en el art. 227 del CGP, que en su práctica (presentación escrita e interrogatorio), se observaron los requisitos que señalan los arts. 226 y 228 ibídem, al igual que aquel dictamen contiene elementos de solidez, claridad y calidad en sus conclusiones, como de idoneidad e imparcialidad comprobada del perito, que permiten entonces su valoración probatoria (C01 principal, archivo 37).

De su apreciación (escrito y declaración), bajo los derroteros de la sana crítica (art. 176 CGP), se llega a las siguientes conclusiones esenciales:

1. Del análisis que realiza a las historias clínicas alusivas a la del cirujano que practicó la intervención, el doctor MIGUEL ANTONIO CABANA HERRERA (ORTHOPEDIC JOIN), al igual que las referentes a las instituciones CLINICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS, CLINICA DEL CESAR, CLINICA BUENOS AIRES y CLINICA SINAI VITAIS, la perito realiza las siguientes afirmaciones:

“Teniendo en cuenta los antecedentes personales de la paciente descritos en la historia clínica, no requería estudios complementarios para la cirugía que se considera de riesgo intermedio en paciente sin factores de riesgo. Sin embargo, posiblemente cursaba con una fibrilación auricular paroxística no diagnosticada que dado los factores de estrés y procoagulantes de una intervención quirúrgica predispusieron a que presentara un accidente cerebrovascular isquémico que es una de las complicaciones más temidas de esta enfermedad y por la cual muchos pacientes debutan.

Una vez presentó síntomas se solicitaron los estudios pertinentes, incluyendo tomografía cerebral en el tiempo de ventana para manejo intervencionista o trombólisis que dicta este escenario, pero dado que cursaba en postoperatorio de cirugía ortopédica mayor con riesgo de sangrado tenía una contraindicación relativa o precaución para esta última terapia.

Se desconoce la posibilidad de la institución de manejo intervencionista para trombectomía mecánica para ser llevada a cabo dentro de las primeras 6 horas del evento de acuerdo con las guías de práctica médica en este escenario. La evolución de la paciente corresponde a secuelas asociadas a este episodio luego de una lesión neurológica establecida. Se le brindaron los cuidados de soporte pertinente en cada institución después del evento.

Considero importante solicitar un concepto de médico internista para determinar si el manejo durante el curso del accidente cerebrovascular se realizó de acuerdo con las guías médicas y si el tratamiento de fibrilación auricular en paciente con accidente cerebrovascular fue el apropiado o no dado que no es el área en que me desempeño”.

Luego, concluye lo siguiente:

“CONCLUSIÓN PERICIAL Con los datos de las historias clínicas revisadas no era posible predecir la presentación de un accidente cerebrovascular en esta paciente en el postoperatorio de su cirugía. Inmediatamente se tuvo la sospecha diagnóstica se iniciaron los estudios necesarios en los tiempos correspondientes. Dado que la paciente tenía contraindicación relativa para trombólisis, esta no se realizó y queda a criterio de los médicos esta decisión. Se desconoce si la institución tenía acceso a manejo intervencionista. Considero importante solicitar un concepto de médico internista para determinar si el manejo durante el curso del accidente cerebrovascular se realizó de acuerdo con las guías médicas y si el tratamiento de fibrilación auricular en paciente con accidente cerebrovascular fue el apropiado dado que no es el área en que me desempeño...”.

De igual manera, la experta contratada contesta el siguiente cuestionario:

“1. Defina si la paciente presentaba cifras de tensión arterial, que desde el punto de vista científico resultaran incompatibles con la realización de la cirugía de reemplazo de rodilla.

RESPUESTA: Las cifras tensionales con las que se presentó la paciente no contraindicaban continuar con el acto anestésico. Se permite presión arterial sistólica hasta 180 y diastólica hasta 110mmHg para que un paciente pueda ser llevado a cirugía.

2. Defina si clínicamente era procedente realizar la cirugía, considerando la tensión arterial de la paciente y como se comportó aquella durante y después del procedimiento. Qué dice la literatura médica y guías de anestesiología al respecto.

RESPUESTA: El accidente cerebrovascular de origen isquémico que presentó la paciente no está relacionado con sus cifras tensionales y por el registro que se tiene de enfermería los signos de ingreso eran: presión arterial 162/91 pulso 80 latidos por minuto lo cual no contraindica cirugía ni requiere manejo adicional previo a cirugía.

3. Defina si el ACV que presentó la paciente es un riesgo inherente a este tipo de procedimiento quirúrgico o a la enfermedad de base de la paciente. O si por el contrario constituye una consecuencia derivada de algún error médico que pudo ser evitable.

RESPUESTA: El accidente cerebrovascular isquémico es una de las complicaciones de la fibrilación auricular que fue un diagnóstico que se hizo de la paciente posterior al evento. Antes de la cirugía se desconocía esta condición y de rutina no se realizan estudios para esta condición antes de cirugía.

El accidente cerebrovascular no es un evento que se presente asociado a cirugía de reemplazo de rodilla, pero el estrés de la cirugía y estado hipercoagulante que puede generarse por cualquier cirugía ortopédica mayor expone a mayor riesgo de eventos protrombóticos o embólicos en pacientes con patologías predisponentes como fue el caso de la paciente.

4. Indique si existe una relación entre la causa de muerte de la paciente y la atención médica derivada de la cirugía de rodilla y control del evento isquémico (se precisa que estos dos últimos acontecimientos ocurrieron en la Clínica Nuestra Señora de los Remedios en Cali por convenio con Orthopedic Join. Por su parte la muerte de la paciente ocurre en Cesar, por lo que se adjunta la historia clínica de la atención donde ocurre el fallecimiento para su revisión.

RESPUESTA: No se tienen datos de la valoración preanestésica, pero con la información revisada se considera que la atención médica durante la cirugía y en postoperatorio inmediato fueron las adecuadas. Considero importante solicitar un concepto de médico internista para determinar si el manejo durante el curso del accidente cerebrovascular se realizó de acuerdo con las guías médicas y si el tratamiento de fibrilación auricular en paciente con accidente cerebrovascular fue el apropiado dado que no es el área en que me desempeño.

El fallecimiento de la paciente ocurre como consecuencia de una insuficiencia respiratoria aguda asociada a posible cuadro infeccioso en una paciente con factores de riesgo dados por trastornos de la deglución (predispone a broncoaspiración) secundarios a accidente cerebro vascular.”.

2. En el interrogatorio absuelto por la citada perito, reafirma la conclusión alusiva a que la paciente presentaba unas cifras tensionales que no contraindicaban, según las guías medicas más importantes sobre protocolo de procedimientos de riesgo moderado, como el presentado, el realizar la cirugía a la que fue sometida aquella, al igual que tampoco era hipertensa, ni sus condiciones de salud ameritaban el efectuar estudios adicionales como el referente a un electrocardiograma; de igual manera, que el evento ACV presentado por la paciente, se estableció finalmente que obedeció a la presencia de una fibrosis auricular que no era posible diagnosticarla para el momento del procedimiento quirúrgico, ocasionada por razones fisiológicas de la paciente ni resulta comprobada que fuere predispuesta esa patología por aquel acto médico; finalmente, la perito no encontró irregularidades en la aplicación de la lex artis concerniente al acto anestésico aplicado al procedimiento y lo referente al manejo del ACV no es de su especialidad por lo que no puede conceptuar.

3. Se recaudan los siguientes testimonios, considerados técnicos, por cuanto se trata de médicos especializados que intervinieron en la atención médica de la paciente MANUELA CARRANZA, tanto en el procedimiento quirúrgico como lo relacionado con la atención del evento de ACV que padeció en el postoperatorio; sobre la cuestión, en especial, la importancia que tiene una declaración de esa naturaleza, al interior de un proceso de responsabilidad civil médica, la jurisprudencia civil, ha señalado, como lo hace en la sentencia SC-9193 de 2017, lo siguiente:

“El testigo técnico en nuestro ordenamiento procesal es aquella persona que, además de haber presenciado los hechos, posee especiales conocimientos técnicos, científicos o artísticos sobre ellos (art. 227 C.P.C., inc. 3º; y art. 220 inc. 3º C.G.P.), cuyos conceptos y juicios de valor limitados al área de su saber aportan al proceso información calificada y valiosa sobre la ocurrencia de los hechos concretos que se debaten.”.

Corresponde a las siguientes declaraciones:

- MIGUEL ANTONIO CABANA HERRERA, médico cirujano, con especialidad en ortopedia y traumatología, el cual realizó el procedimiento de reemplazo de rodilla a la paciente aludida, el día 25 de abril de 2017, en las instalaciones de la CLÍNICA NUESTRA de la comarca, el cual mencionó que era necesario realizar por la deformidad severa que presentaba la paciente en su rodilla derecha; de igual manera, fue enfático en señalar que la paciente nunca le manifestó o aceptó que sufría de hipertensión o de presión arterial alta, al igual que para el momento de efectuar aquella cirugía, señaló que no observó que la paciente padeciera de presión alta o se encontrara hipertensa, ni el médico anesthesiólogo que intervino en el acto le informó a él sobre una situación de esa naturaleza, aunque reconoció que el dato de presión arterial prequirúrgica que reposa en la historia clínica de la aludida entidad de salud, relativo a 162/91, no es normal; también, señaló que la intervención quirúrgica transcurrió sin complicaciones, y finalmente, manifestó que no era posible predecir científicamente que la paciente presentara un accidente cerebro vascular, posterior a aquel procedimiento.

Finalmente, puesto de presente los consentimientos informados suscritos por la paciente MANUELA CARRANZA, para la cirugía, y el otorgado al anesthesiólogo, reconoce que solamente este último contiene la indicación de un riesgo posible del procedimiento de anestesia, relacionado con una trombosis, lo cual guarda relación con el ACV.

- DIEGO FELIPE HUERTAS SAENZ, médico especialista internista, el cual intervino en la atención de la paciente, durante su internamiento en la unidad de cuidados intensivos UCI, señalando que aquella se derivó por la ocurrencia de un evento de accidente cerebro vascular que presentó la paciente luego de una intervención quirúrgica, atención que precisó tuvo como objeto principal, estando ya establecido aquel evento en la paciente, el de aplicar un protocolo vigente para la época y de carácter preventivo porque se buscaba que no volviera a ocurrir un evento de esa naturaleza y estabilizar a la paciente, mostrando además su eficacia porque logro su mejoría, ya que es remitida a la unidad de cuidados intermedios y luego a hospitalización; igualmente, precisa que en esa atención en UCI, no se aplicó un tratamiento de anticoagulantes ni trombolítico (trombectomía), debido a que no resultan pertinentes por la naturaleza de la cirugía practicada que podía desencadenar en una hemorragia, ni era claro ese procedimiento para el año 2017, a la par que se pudo establecer por los exámenes realizados al ingreso a UCI, que el ACV estaba relacionado o tuvo como causa más probable una arritmia cardíaca o fibrilación auricular que afectó a la paciente, lo cual también contraindicaba el uso de anticoagulantes para ese instante, dado que además ya estaba establecida una lesión “hipodémica”; de igual modo, la aparición de aquel ACV, ocasionada por la aludida arritmia cardíaca y su relación en conjunto con la cirugía de rodilla practicada a la paciente, enfatizó que no guarda una relación directa, porque paso inadvertida para el momento previo de la cirugía, aunque el estrés que ocasiono su realización en la paciente, si pudo haber incidido en su aparición, a la par que una situación de hipertensión en la paciente, si se hubiera detectado igualmente en el prequirúrgico, tampoco impedía o contraindicaba realizar la cirugía, decisión que en todo caso le correspondía tomarla al anesthesiólogo; respecto a las causas de la muerte de la

paciente, al haber ocurrido meses después de la atención en la CLÍNICA NUESTRA, y mostrando una mejoría a su egreso de las secuelas del ACV, no permite establecer aquel evento como causa única de su fallecimiento unido a que debe en todo caso estudiarse su incidencia; finalmente, respecto al manejo de cifras tensionales, expreso que tanto en el prequirúrgico como en su paso por la unidad UCI, se mantuvieron en cifras manejables y no en rango de crisis, en esta última, adicionalmente, debía permitirse para el tratamiento del ACV incluso un rango de presión arterial alta pero controlado por razones de protocolo médico, aunado a que las cifras tensionales presentadas por la paciente antes de la cirugía no daba razón para suspenderla, por tratarse de una cifra tensional en media.

- VLADIMIR ALEXANDER DÍAZ ESCOBAR, médico general, especialista en medicina interna, quien ha trabajado además en unidades de cuidado intensivo UCI, desde hace 10 años aproximadamente, quien intervino en el acto médico final relacionado con el proceso de hospitalización de la paciente derivado del evento ACV, el cual precisa se adelantó para el control de los factores de riesgo y evitar la aparición de un nuevo accidente cerebro vascular en la paciente, en donde además menciona que intervinieron un grupo interdisciplinario de profesionales de la salud, finalizando aquel con la confección de un protocolo de cuidado en casa de la paciente prescrito para la fase de su rehabilitación (home care), dado que ya no necesitaba de estar hospitalizada para ese proceso en mención, a la par que la paciente por su estado de recuperación y estabilidad que presentaba para ese momento, reunía las condiciones para estar en casa con sus familiares, precisando que no se prescribió como necesario un traslado aéreo de la misma a su lugar de origen ni tiene conocimiento de trabas administrativas de la EPS a la que se encontraba afiliada la paciente para la implementación de aquel paquete de atención médica en casa; igualmente, señaló que el ACV padecido por la paciente, no puede definirse como causado por la cirugía practicada a la paciente, sino que pudo deberse a las condiciones propias de ésta, como tampoco las cifras tensionales que presentaba para el momento previo de la cirugía, no representaba un riesgo de hipertensión, por lo que no contraindicaba la misma y la decisión de realizarla quedaba en todo caso a criterio del anestesiólogo; respecto de las causas del ACV, señaló, de una parte, que no es común que se presente asociado a una cirugía, y para el caso, está asociado a las condiciones propias de la paciente, puesto que se logra identificar como factor desencadenante de aquel evento la presencia de una arritmia cardíaca asociada a una fibrilación auricular paroxística o asintomática; finalmente, respecto al tratamiento dado al ACV, por parte de medicina interna, precisó que no existían rutas o guías claras para el manejo en el año 2017, porque solamente desde hace 2 años atrás, se ha definido por la medicina un protocolo más claro sobre la cuestión, amén que se descartó como manejo del ACV la realización de una trombólisis por el riesgo de sangrado dada la cirugía realizada a la paciente, al igual que una trombectomía, debido a que ya estaba instalado en la paciente el ACV como sus secuelas, por lo que se imponía el tratamiento el referente a evitar una nueva ocurrencia, es decir, prevenirlo, y lograr la rehabilitación del paciente.

ANALISIS EN CONJUNTO DE LOS MEDIOS DE PRUEBA ALUDIDOS

Aunado a las historias clínicas de la paciente que se aportaron al proceso, las cuales, se itera, contienen la información sobre la naturaleza de la atención médica dispensada a la paciente, que es objeto de cuestionamiento en la demanda, se encuentran los contenidos del mencionado documento técnico, que es arribado por los demandantes, el dictamen pericial que es presentado por la codemandada CLINICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS y los testimonios técnicos de los referidos médicos tratantes de la paciente, comenzando por el cirujano que practicó el procedimiento médico cuestionado, seguido por los especialistas en medicina interna e intensivistas que intervinieron cuando ocurre el evento de ACV posterior al acto quirúrgico; medios de prueba mencionados que en su conjunto, le permiten a este juzgador, tener una ilustración que desconoce sobre las reglas técnicas de la ciencia médica que deben observarse al caso para definir lo referente a la existencia de *“la causa probable o cierta de la producción del daño que se investiga”* (CSJ sentencia del 26 de septiembre de 2002, MP JORGE SANTOS BALLESTEROS), aunado a que le permiten a este juzgador llegar a las siguientes conclusiones sobre hechos probatorios acreditados de manera suficiente en el proceso:

1. Contrario a lo afirmado por la médica cirujana DIANA ESTRADA, autora del documento técnico aportado con la demanda, que lo corrobora de igual manera la perito-médica anestesióloga BLANCA LÓPEZ, a la par que lo mencionan los médicos tratantes MIGUEL CABANA, DIEGO HUERTAS y VLADIMIR DÍAZ, no existe evidencia científica acerca del hecho de que la referida paciente presentara un estado de hipertensión o cifras tensionales anormales, o que representara un nivel de riesgo intolerable por ese concepto, para la fecha en que se realizó el procedimiento quirúrgico del 25 de abril de 2017, o en su defecto, que según las reglas de la medicina aconsejaban no realizar el procedimiento quirúrgico del 25/04/20217, puesto que los registros de la historia clínica de la institución CLINICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS, lugar donde se practicó dicha intervención, por parte de anestesia y enfermería, dan cuenta cierta del hecho de que la paciente ingresó al sitio con una presión arterial de 170/76 mm/Hg, y posteriormente, existe la anotación sobre ese dato, tanto en el preoperatorio como en el postoperatorio, que de igual manera es un hecho previo al reporte del evento relacionado con una sospecha de accidente cerebrovascular, respecto de los siguientes datos tensionales: 162/91; 101/60; 119/75;123/74; y, el del 25/04/2017 a las 22:51, con datos de presión arterial: sistólica 140 y diastólica 70, niveles que no superan los topes permitidos para todo acto anestésico quirurigico.

En efecto, aquellos registros de control sobre la presión arterial de la paciente que se insiste son previos a la cirugía de reemplazo de rodilla derecha, descartan el alegato expuesto en la demanda, relacionado con el hecho de que aquel procedimiento se realizó sin la verificación de que la paciente presentara una “estabilidad clínica”; a la par, la aludida perito, que corresponde a un profesional de la salud especializado en Anestesiología, de la misma especialidad involucrada en la revisión preliminar del paciente para realizar el acto quirúrgico con referencia al estado de la tensión arterial de la paciente, profesional que a su turno es el que debía definir si se hacía o no la cirugía con ese reporte tensional, según convergen

en señalar también los aludidos testigos técnicos, concluye tajantemente en el dictamen pericial presentado, la circunstancia alusiva a que las cifras tensionales que presentó la paciente *“no contraindicaban continuar con el acto anestésico”*, puesto que señaló que: *“Se permite presión arterial sistólica hasta 180 y diastólica hasta 110mmHg para que un paciente pueda ser llevado a cirugía”*, apoyada además esa conclusión en literatura científica sobre la materia, en especial, guías médicas internacionales autorizadas sobre la materia.

De igual manera, aquella conclusión pericial, descarta el otro cuestionamiento hecho en la demanda, relativo a que el personal médico involucrado no debió efectuar aquel procedimiento de cirugía, por el nivel de tensión arterial que presentaba la paciente, que para los actores y la citada DIANA ESTRADA, reflejaba un estado de hipertensión que imposibilitaba aquel acto médico, pues se itera, ese estado de salud alterado o crítico en cuestión, nunca lo presentó la paciente en la revisión previa a la cirugía, pues existe evidencia científica sobre ello, por lo que adicionalmente no existía una razón clínica para no desarrollar dicha cirugía, conclusión a la que igualmente coincidieron los referidos testigos técnicos recaudados en la actuación.

2. El dictamen pericial en comento, a falta además de prueba en contrario, permite establecer el hecho de que el accidente cerebrovascular que presentó la paciente no está relacionado de igual modo con las cifras tensionales que presentaba para la data de la cirugía; en respuesta a pregunta hecha en aquel trabajo, señaló:

“2. Defina si clínicamente era procedente realizar la cirugía, considerando la tensión arterial de la paciente y como se comportó aquella durante y después del procedimiento. Qué dice la literatura médica y guías de anestesiología al respecto.

RESPUESTA: El accidente cerebrovascular de origen isquémico que presentó la paciente no está relacionado con sus cifras tensionales y por el registro que se tiene de enfermería los signos de ingreso eran: presión arterial 162/91 pulso 80 latidos por minuto lo cual no contraindica cirugía ni requiere manejo adicional previo a cirugía”.

De igual modo, sin otra prueba técnica que lo desvirtúe, comporta que no puede evidenciarse una relación de causalidad entre el ACV isquémico que sufrió la paciente y el procedimiento quirúrgico realizado a la paciente.

A su vez, debe reiterarse que una información sobre el padecimiento de una patología relacionada con hipertensión que afectara la paciente, para el momento de efectuarse la cirugía, no se demostró en el proceso su ocurrencia, e incluso debe sopesarse que los demandantes, allegados cercanos a la paciente, por tratarse de sus hijos, como del compañero permanente de la misma, en sus interrogatorios de parte surtidos en audiencia oral, son unánimes en aseverar el hecho de que la señora MANUELA CARRANZA, no era hipertensa, ni se encontraba en tratamiento por una alteración de la presión arterial, para la fecha de los hechos, o en tratamiento vigente por alguna enfermedad que la aquejara para ese momento.

3. Respecto a las causas del fallecimiento de la paciente, relacionadas u ocasionadas por complicaciones del estado de salud que se deriven asimismo de manera directa del evento sobre el accidente cerebrovascular sufrido por aquella en el postoperatorio, debe decirse que a partir de las pruebas practicadas en el proceso, no aparece demostrado ese hecho con suficiencia, aunado a que en lo tocante a ese deceso, aparece verificación del hecho sobre el compromiso de varias patologías que aquejaron a la paciente, según se señala en la historia clínica de la institución que la atendió y ocurrió su lamentable muerte, referente a la CLINICA REGIONAL DE ESPECIALISTAS SINAIS VITAIS, dado que presentó varias patologías asociadas para ese instante (insuficiencia respiratoria aguda; infección de vías urinarias; hemorragia de vías digestivas bajas; constipación; epilepsia por HC; ACV isquémico por AP; hipertensión arterial; y, gastrostomía funcional); de ahí que, puede presumirse razonablemente el hecho de que si bien en la ocurrencia de ese deceso aparecen involucradas secuelas de ACV, también lo es que no solo esa patología pudo ocasionar la muerte de la paciente, puesto que claramente aparece que la sumatoria de todas esas patologías tuvieron incidencia en aquel desenlace, unido a que no existe probanza de que el evento ACV o sus secuelas, constituyan la causa única del fallecimiento de la paciente, como se planteó en la demanda.

Al mismo tiempo, en el aludido dictamen pericial, se concluye que las causas del deceso de la paciente se relacionan con una insuficiencia respiratoria aguda, la cual, pudo deberse a una infección, la que también puede tener relación con un efecto secundario al referido accidente cerebro vascular, es decir, que se encontraba dentro de las posibles razones del deceso; en efecto, se itera, la perito concluye:

“El fallecimiento de la paciente ocurre como consecuencia de una insuficiencia respiratoria aguda asociada a posible cuadro infeccioso en una paciente con factores de riesgo dados por trastornos de la deglución (predispone a broncoaspiración) secundarios a accidente cerebro vascular.”.

En conclusión, debe decirse que no se arribó al proceso un medio de prueba técnico o científico que señalara con claridad que la causa del fallecimiento se debiera exclusivamente al referido ACV, lo que también descarta una relación de causalidad entre aquel evento patológico y el deceso de la paciente, carga probatoria que le incumbía a los demandantes (art. 167 CGP).

4. Análisis del tratamiento médico dado al ACV

Debe reiterarse que en la demanda, se menciona como unas causas del daño endilgado a los convocados, la circunstancia referida a que se alega que en el curso del postoperatorio, se presenta un evento de sospecha de la presencia de un accidente cerebrovascular en la paciente, a pesar de lo cual no pudo ser internada oportunamente en una unidad UCI, por falta de cupo en la clínica, sumado a la falta de disponibilidad de un profesional en radiología, lo que ocasionó que no se pudo leer el resultado del tac de cráneo practicado a la paciente, circunstancias que en

su conjunto desencadenaron el grave problema de salud que posteriormente no se pudo regular o mejorar y desencadenó en la muerte de la paciente.

Sobre la cuestión, debe efectuarse el siguiente análisis probatorio:

En la mencionada historia clínica de la entidad CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS, existe anotación se ordenamiento del TAC simple del cerebro, el día 25/04/2017, por la Dra. KENNY DECARO-Medicina General (C01, archivo 00, folios 451-452), data que coincide además con la de anotación de sospecha de ACV por el personal médico de dicha institución; respecto de lectura de su resultado obran notas del día 26/04/2017 (hora 12:29), como la del médico internista MANUEL DAVID MAYORAL VALENCIA, quien anota como observaciones, las referidas a TAC de cráneo a la espera de reporte oficial; sin embargo, aquel galeno señala que observa de aquel una zona hipodensa a nivel fronto parietal derecho en relación con posible infarto en territorio de arteria cerebral media derecha y solicita cupo en UCIM (folios 457-459); de ahí que, a pesar de no obrar un concepto del radiólogo sobre la lectura de aquel examen, aquel relato clínico permite inferir con claridad el hecho de que los médicos tratantes si evaluaron su contenido y en un tiempo de oportunidad, aunado a que a partir de su análisis tomaron decisiones, ya que aparece luego un diagnóstico anotado de accidente cerebrovascular isquémico en territorio de arteria cerebral.

En lo tocante al ingreso a unidad UCI de la paciente, en aquel relato clínico, aparece registro de ingreso a ésta con anotación de medicina interna, con fecha 26/04/2017, hora 15:54, con diagnóstico de accidente cerebrovascular isquémico en territorio de arteria cerebral media derecha, con firma del Dr. DIEGO FELIPE HUERTAS SAENZ (folios 459-460), por lo que no puede apreciarse a primera vista una demora injustificada de acceso de la paciente a dicha unidad especial, amén que según el reporte clínico existió una atención médica permanente de la paciente, una vez ocurre el evento de ACV y hasta su internamiento en la UCI.

A partir entonces de aquella prueba documental, resulta claro que no puede inferirse una demora o negligencia, atribuible al personal médico del centro hospitalario o al mismo ente, tanto en ordenar el examen de TAC, como del ingreso de la paciente a la unidad UCI, a partir del momento en que ésta comienza sintomatología asociada a un accidente cerebrovascular y recibe atención por esa patología en particular.

De igual modo, no se arribó al proceso un medio de convicción por los actores que señalan con claridad una negligencia o impericia de los galenos en el tratamiento del ACV, en especial, asociado aquel al fallecimiento de la paciente por esa razón.

Respecto de lo anterior, igualmente, cobra importancia la versión dada por los testigos técnicos DIEGO FELIPE HUERTAS, médico intensivista que intervino en la atención brindada a la paciente, luego de ocurrido el ACV e ingresada a la unidad UCI, en donde además se logró estabilizar a la paciente, lo cual indica que el protocolo aplicado para dicho manejo resultó adecuado, a la par que su mejoría permitió avanzar en el tratamiento a su hospitalización y posterior egreso de la

CLÍNICA NUESTRA, logrando una mejoría, quedando pendiente lo referente a la rehabilitación de la paciente, en donde interviene también el doctor VLADIMIR DÍAZ, testigo en el asunto, hechos éstos que resultan además corroborados con las anotaciones que contiene la historia clínica de dicha atención médica, especialmente, sobre el estado de recuperación o estabilización por ese evento.

Adicionalmente, es menester indicar que, si bien es cierto, en el concepto escrito de la médica DIANA MARCELA ESTRADA HINCAPIÉ, aportado con la demanda (C01, archivo 00, folios 48-49 y 341-375), aquella menciona que en tratamiento asistencial del transoperatorio de la paciente, se presentaron fallas representadas en una falta de control estricto de la hipertensión, lo que incluye la ausencia de medidas para estabilizar sus cifras tensionales, lo que favoreció en su concepto la aparición de un proceso embólico cerebral isquémico que le dejó secuelas de inmovilidad y posteriores complicaciones que terminaron con su vida; también lo es que, el dictamen pericial de la doctora-anestesióloga BLANCA MARÍA LÓPEZ SEPULVEDA (C01, archivo 37), concluye tajantemente que el accidente cerebrovascular que padeció MANUELA CARRANZA, durante el postoperatorio, aunado a que no existe evidencia científica de que su causa se relacione directamente con la cirugía previa de la paciente, menciona que el personal médico de la CLINICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS, de manera oportuna inició el proceso de diagnóstico y de estudios necesarios para su tratamiento, aunado a que precisó que era menester contar con un concepto de médico internista para definir si el manejo durante el curso del accidente cerebrovascular resultó adecuado conforme con las guías médicas, cuestión también mencionada en el interrogatorio rendido en audiencia por aquella profesional de la salud.

Sobre esto último, complementariamente, aparece el testimonio mencionado del doctor VLADIMIR DÍAZ, médico internista que participó en la atención de la paciente, luego del evento de ACV, el cual enfatizó que el protocolo aplicado, amén de ser el acorde a la época del mismo (2017), era el indicado para el caso, dado que una vez ocurrido aquel, lo primordial era su manejo de estabilización y prevención de ocurrencia de un nuevo evento de esa naturaleza; además, respecto a la aplicación de anticoagulantes y de un procedimiento de trombólisis, señaló que no era pertinente al caso, dadas las condiciones de la paciente, aspecto respecto del cual, igualmente, el otro testigo técnico DIEGO HUERTAS, médico intensivista, coincidió en afirmarlo, quien asimismo se reitera interviene en el manejo inmediato del ACV.

Además, una prueba técnica en contrario no aparece incorporada al proceso, incluyendo lo afirmado en el referido concepto escrito, pues aquel aparece entonces desvirtuado por los anteriores medios probatorios que tienen la misma connotación de ser medios probatorios de naturaleza técnica.

5. Análisis de los errores administrativos planteados en la demanda como parte del fundamento de la responsabilidad civil.

En el libelo introductor, se alega que la complicación en la salud de la paciente y posterior muerte se debe de igual manera a errores que se imputan a la accionada EPS ASMET SALUD, representados éstos en (i) haber dispuesto el traslado de la paciente, ocurrido el 9 de mayo de 2017, de las instalaciones de la CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS de CALI, a la localidad de Bosconia-Cesar, por vía terrestre en ambulancia, cuando debió hacerse aéreo, debido al estado de salud de aquella, a la par que (ii) la complicación presentada por la paciente en el postoperatorio, la imposibilidad de su recuperación por ese evento y la posterior muerte es producto de su traslado a la ciudad de Cali, a pesar de su edad avanzada y condición física, es atribuible a una mala gestión administrativa de la entidad promotora de salud, por no contar con una red de IPS cerca al lugar de residencia de la paciente (Bosconia-Cesar).

Tales afirmaciones, no cuentan con respaldo probatorio alguno, carga probatoria que le incumbía a los accionantes asumir (art. 167 CGP), dado que incluso el concepto escrito de la experta contratada por aquellos, la médica DIANA MARCELA ESTRADA HINCAPIÉ, no hace mención alguna a las presuntas fallas de carácter administrativo aludidas que se mencionaron en la demanda, asociadas o involucradas con la complicación de salud posoperatoria que afectó a la paciente al igual que en la causa del fallecimiento de la paciente MANUELA CARRANZA (C01, archivo 00, folios 48-49 y 341-375).

Complementariamente, el testigo técnico VLADIMIR DÍAZ, resulta importante al caso, dado que se itera intervino en el proceso de hospitalización de la paciente, quien relato que dado el estado de mejoría alcanzado en la recuperación de la paciente, ocurrido el evento de ACV, se llegó incluso a disponer por aquel, el egreso de la misma de la institución hospitalaria para su posterior manejo en casa, relacionado aquel con su rehabilitación, aspecto, que adicionalmente aparece respaldado con la información contenida sobre la cuestión en la historia clínica de la entidad CLINICA NUESTRA, la cual da cuenta cierta de ese hecho, no descartado tampoco con prueba en contrario; de igual modo, lo referente a la necesidad de traslado por vía aérea de la paciente a su lugar de residencia, desde la comarca y hacia el Departamento del Cesar, no cuenta con una prescripción médica de aquel galeno ni de otro profesional de la salud que haya intervenido en la orden de alta de la paciente del centro hospitalario en comento, como puede verificarse igualmente de la lectura de aquella historia clínica.

De igual talante, sobre la situación del traslado de la paciente a la región norte del país, interviene la voluntad de los familiares de la paciente, conforme lo denota la aludida historia clínica, al igual que lo menciona en ese sentido el referido testigo técnico y lo ratifica incluso el interrogatorio expuesto por el demandante CARLOS JULIO ESCORCIA, hijo de la paciente, quien señaló que, como grupo familiar, solicitaron el traslado de su progenitora al Cesar.

Por consiguiente, del acervo probatorio recaudado en el proceso, emerge la circunstancia definitiva que no se demostró el elemento sobre el actuar culposo de las instituciones de salud demandados, ya sea en la inobservancia de la lex artis ad

hoc por parte del personal médico del centro hospitalario cuestionado, es decir, por no actuar de acuerdo con el estándar de conducta que le era exigible, respecto a la realización del procedimiento quirúrgico sin contar con un estado de tensión arterial idóneo para el efecto, al igual que frente al manejo dado al evento postquirúrgico de ACV que padeció la paciente, el cual concluyó incluso en la CLINICA NUESTRA, con un estado de mejoría o estabilización, pendiente su rehabilitación por secuelas en casa; y, finalmente, tampoco obra la acreditación en el plenario de una negligencia atribuible a la actividad de administración a cargo de la EPS a la que se encontraba afiliada la paciente e igualmente convocada al proceso, como causante del daño probado en el mismo.

3. Relación de causalidad.

Con referencia a la acreditación del otro presupuesto fundamental de la responsabilidad civil médica, alusiva al vínculo de causalidad del acto médico cuestionado con el menoscabo detallado en la demanda, el cual, inclusive, la jurisprudencia civil ha decantado que antes de probar la culpa se encuentra el tema de la verificación de la relación de causalidad entre el comportamiento del médico y el daño sufrido por el paciente; en la sentencia SC3348-2020, la cual cita una sentencia previa de la misma Corporación (30 de enero de 2001, expediente No. 5507), se señala lo siguiente:

“...resulta pertinente hacer ver que el meollo del problema antes que en la demostración de la culpa, está es en la relación de causalidad entre el comportamiento del médico y el daño sufrido por el paciente, porque como desde 1940 lo afirmó la Corte en la sentencia de 5 de marzo, que es ciertamente importante, el médico no será responsable de la culpa o falta que se le imputan, sino cuando éstas hayan sido determinantes del perjuicio causado”.

En el caso planteado, el resultado adverso representado en la falta de curación de la paciente, en especial, su lamentable deceso por sus complicaciones de salud, contingencias señaladas en la demanda como base del reclamo indemnizatorio exigido a los demandados, no se comprobó por los actores, que éstas situaciones vinieran precedidas causalmente de un actuar contrario del personal de salud al estándar de diligencia exigible a los profesionales de la salud, a la par que resultara producto de una grave falencia administrativa de la organización demandada en la prestación del servicio de salud, es decir, respecto a una omisión de la prestación del servicio médico asistencial que requería la víctima MANUELA CARRANZA, en los términos de los artículos 159-1 y 178 de la Ley 100 de 1993.

De igual talante, lo referente al evento posquirúrgico del ACV que afectó a la paciente, no se probó en el proceso que se derivara directamente de la realización de la cirugía previa adelantada, sino a unas condiciones fisiológicas o propias de la paciente, dado que se verificó igualmente en el proceso que tiene como origen aquel una arritmia cardíaca asintomática como causa razonable y posible del evento, respecto de lo cual tampoco presentaba antecedentes clínicos verificados sobre la

cuestión ni síntomas, incluido en ello una cifra tensional anormal, en cuanto a que impidiera o contraindicara la realización de la cirugía de reemplazo de la rodilla, por parte del personal de anestesiología que participo en el acto médico en comento.

De igual manera, la exigencia de un error negligente como sustento de la responsabilidad civil médica, lo ha definido en esos términos la jurisprudencia civil, ejemplo es lo señalado en la sentencia SC13925-2016, en donde se afirma:

“La complejidad de las enfermedades y la fragilidad de la salud humana muchas veces se traducen en errores o eventos adversos no culposos, pero no hacer nada para evitar la aparición o repetición de tales fallas siendo previsibles y teniendo el personal médico la oportunidad y el deber legal de evitarlas, es constitutivo de culpa. Los errores y fallas médicas no son obra del infortunio sino procesos atribuibles a la organización y al equipo médico; y si bien es cierto que muchos de esos defectos no son previsibles ni producto de la negligencia o descuido, no lo es menos que tantos otros se pueden evitar con un mínimo de prudencia, diligencia o cuidado según los estándares de buenas prácticas de la profesión.

El error al que aquí se alude es el “error negligente”, «más claro aún: el que se origina cuando se quiebran por el agente causante del error los criterios y niveles exigibles y esperables de conducta profesional sanitaria y que, además, como consecuencia del cual se produce [o ha existido el riesgo de que se produzca] en el paciente un efecto lesivo y/o perjudicial. El hecho de que la medicina sea, aún en nuestros días de gran progreso tecnológico, más un arte que una ciencia dura como, por ejemplo, la matemática, la física, la química y que, debido al factor reaccional propio de cada enfermo no pueda predecirse un resultado exacto del tratamiento prescrito para curar una enfermedad o dolencia, NO significa que el “error”, dentro del contexto sanitario en que nos movemos, sea permisible ni tolerable. Muy al contrario, la propia inexactitud e impredecibilidad de las ciencias médicas actuales exigen el agotamiento, la extenuación de la diligencia, de la actividad personal y de la prestación de todos los medios de diagnóstico y tratamiento disponibles, precisamente con el fin de reducir al mínimo posible y tolerable ese margen de inseguridad sobre los resultados». (Gustavo LÓPEZ-MUÑOZ Y LARRAZ. El error sanitario. Madrid, 2003. p. 20)

La culpa de las entidades del sistema de salud y de sus agentes, en suma, se examina en forma individual y en conjunto a la luz de los parámetros objetivos que existen para regular la conducta de los agentes particulares y su interacción con los demás elementos del sistema. El juicio de reproche respecto de cada uno de ellos quedará rebatido siempre que se demuestre su debida diligencia y cuidado en la atención prestada al usuario.

La responsabilidad civil derivada de los daños sufridos por los usuarios del sistema de seguridad social en salud, en razón y con ocasión de la deficiente prestación del servicio –se reitera– se desvirtúa de la misma manera para las EPS, las IPS o cada uno de sus agentes, esto es mediante la demostración de una causa extraña como el caso fortuito, el hecho de un tercero que el demandado no tenía la obligación de evitar y la culpa exclusiva de la víctima; o la debida diligencia y cuidado de la

organización o de sus elementos humanos al no infringir sus deberes objetivos de prudencia”.

Finalmente, debe señalarse que la controversia sobre el consentimiento informado para aquel acto médico quirúrgico, aunque no es señalado en el sustento fáctico de la demanda, sino mencionado en el concepto aportado con la demanda, concerniente a no incluir en su contenido el riesgo alusivo a la ocurrencia de una trombosis o accidente cerebro vascular, para el despacho, partiendo de la base que no se puede violentar el principio de congruencia de la sentencia, pues debe estar en consonancia con los hechos y las pretensiones aducidos en la demanda (art. 280 CGP), en todo caso debe afirmar que esa cuestión no tiene incidencia en las resultas del caso, por cuanto, los testigos técnicos recaudados en el proceso, convergen en señalar la circunstancia que la decisión de realizar la cirugía con las cifras tensionales que presentaba la paciente, en el prequirúrgico, recaía en el médico anestesiólogo autorizar o no el procedimiento, sumado a que tampoco se probó en el proceso que dichas cifras tensionales impedían su realización, conceptualizado en esos términos por un perito anestesiólogo; a su turno, aparece que en el consentimiento informado suministrado precisamente por la especialidad que resulta cuestionada de anestesiología, allí se incluye expresamente el riesgo de la trombosis, lo cual, científicamente, y según lo explicaron los testigos técnicos recaudados en el asunto, está asociado a la ocurrencia de un ACV (documento obrante en la carpeta C01, archivo 13 folio 107).

Es menester puntualizar, que la existencia del referido consentimiento informado no constituye la razón fundamental para la definir la culpa del médico, sino lo concerniente a la verificación de la ausencia de negligencia en su proceder; en efecto, en la citada sentencia SC3604-2021, el alto tribunal de casación, señaló:

“En el contexto de la responsabilidad civil del médico, el consentimiento informado, por vía general, tiene un protagonismo residual, porque su existencia (o inexistencia) no suele ofrecer información relevante para el derecho de daños. Si la lesión corporal del paciente deriva de la negligencia, su asentimiento previo (o la falta de este) carecerá de utilidad para definir lo atinente a la responsabilidad civil del profesional sanitario; asimismo, si se produce un daño totalmente inesperado (imposible de prever ex ante), no surgirá para el médico la obligación de reparar, aunque el procedimiento o tratamiento en cuyo curso se generó ese daño no viniera precedido del consentimiento del interesado⁶.”.

3.4. En consecuencia, no se estructuran al caso los elementos configuradores de la responsabilidad civil médica deprecada en la demanda, concernientes a la culpa y la relación de causalidad entre aquel daño y la omisión culposa endilgada en la demanda, lo cual determina que por tratarse de requisitos concurrentes, al no demostrarse alguno de éstos, como aquí acontece, deba por tanto rechazarse las

⁶ Es pertinente señalar que, a voces del canon 16 de la Ley 23 de 1981, «La responsabilidad del médico por reacciones adversas, inmediatas o tardías, producidas por efectos del tratamiento, **no irá más allá del riesgo previsto. El médico advertirá de él** [el riesgo previsto, se aclara] **al paciente o a sus familiares o allegados**».

pretensiones formuladas en la demanda, por cuanto se trata además de la acreditación oficiosa de un hecho extintivo del derecho sustancial sobre el cual versa el litigio (art. 281-3 CGP).

De igual modo, lo anterior comporta que resulten probadas las excepciones de mérito alegadas por las codemandadas CLINICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS y SOCIEDAD ORTHOPEDIC JOIN SAS, relacionadas con el alegato de ausencia de los mencionados elementos de responsabilidad, denominadas por la primera de éstas, de la siguiente manera: “La conducta desplegada por la CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS y por los funcionarios de salud que intervinieron y atendieron la situación médica y la intervención quirúrgica a la señora MANUELA CARRANZA, fue diligente, idónea y oportuna”; “ausencia de prueba de relación de causalidad entre la conducta la CLINICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS con las supuestas secuelas que padeció MANUELA CARRANZA ni con su deceso”; y, respecto de la otra entidad demandada las excepciones de “No configuración de las actuaciones culposas, negligentes o impericia del procedimiento médico” e “Inexistencia de responsabilidad civil médica por ausencia de sus elementos estructurales”.

4. Finalmente, se condenará en costas procesales a los demandantes por resultar vencidos en el proceso (art. 365-1 CGP).

DECISION

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

RESUELVE:

1. DECLARAR probadas las excepciones de mérito alegadas por las codemandadas CLINICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS y SOCIEDAD ORTHOPEDIC JOIN SAS, denominadas: “La conducta desplegada por la CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS y por los funcionarios de salud que intervinieron y atendieron la situación médica y la intervención quirúrgica a la señora MANUELA CARRANZA, fue diligente, idónea y oportuna”; “Ausencia de prueba de relación de causalidad entre la conducta la CLINICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS con las supuestas secuelas que padeció MANUELA CARRANZA ni con su deceso”; “No configuración de las actuaciones culposas, negligentes o impericia del procedimiento médico” e “Inexistencia de responsabilidad civil médica por ausencia de sus elementos estructurales”, conforme lo considerado anteriormente.

2. DENEGAR las pretensiones formuladas en la demanda, conforme lo considerado anteriormente.

3. CONDENAR en costas procesales a los demandantes. Se tasan como agencias en derecho la suma equivalente a 2 SMLMV ((ACUERDO No. PSAA16-10554 de 2016).

4. NOTIFICAR esta sentencia por estado electrónico (art. 295 CGP; art. 9º Ley 2213/2022).

5. ARCHIVAR el expediente en su oportunidad.

NOTIFÍQUESE

El Juez,



ANDRÉS JOSÉ SOSSA RESTREPO

Juzgado 1º Civil del Circuito de Oralidad
Secretaria
Cali, 05 DE DICIEMBRE DEL 2024
Notificado por anotación en el estado No. 210
De esta misma fecha
Guillermo Valdés Fernández
Secretario