

**República de Colombia**  
**Rama Judicial del Poder Público**



**Tribunal Superior del Distrito Judicial de Bogotá D.C.**  
**Sala Civil de Decisión**

Magistrada Sustanciadora  
**SANDRA CECILIA RODRÍGUEZ ESLAVA**

<b>CLASE DE PROCESO</b>	Verbal
<b>DEMANDANTES</b>	Hernando Serrano Álvarez y otros
<b>DEMANDADOS</b>	Allianz Seguros de Vida S.A. – antes aseguradora de vida Colseguros S.A.- y otros
<b>RADICADO</b>	11001 31 03 004 2021 00076 02
<b>PROVIDENCIA</b>	Sentencia 066
<b>DECISIÓN</b>	Revoca sentencia de primera instancia
<b>DISCUTIDO Y APROBADO</b>	Veintiuno (21) de noviembre de dos mil veinticuatro (2024)
<b>FECHA</b>	Veintisiete (27) noviembre de dos mil veinticuatro (2024)

Procede la Sala a resolver el recurso de apelación interpuesto por los demandantes contra la sentencia de 15 de enero de 2024, proferida por el Juzgado 4º Civil del Circuito de Bogotá D.C., al amparo de lo previsto en la Ley 2213 de 2022.

**I. ANTECEDENTES**

Hernando Serrano Álvarez, Mauricio Serrano Macías, Juan Manuel Gutiérrez Macías, Alfonso Gutiérrez Pardo e Isabel Macías Fuentes convocaron a la Administradora Country S.A., Unidad Quirúrgica los Alpes (ahora Mediport S.A.S.), Luis Eduardo Fandiño Franky y Allianz Seguros de Vida S.A con el fin de que se declare que son civilmente responsables por el deceso de Viviana Serrano Macías (Q.E.P.D.).

En consecuencia, deprecaron se les condene a indemnizar los perjuicios causados en cuantía de \$49'472.686.00 por menoscabo material y a título de afectación inmaterial los siguientes rubros:



Accionante	Perjuicios morales	Daños a la vida de relación
Isabel Macías Fuentes (madre)	100 SMMLV	20 SMMLV
Hernando Serrano Álvarez (padre)	100 SMMLV	20 SMMLV
Alfonso Gutiérrez Pardo (padrastro)	100 SMMLV	20 SMMLV
Mauricio Serrano Macías (hermano)	65 SMMLV	10 SMMLV
Juan Manuel Gutiérrez Macías (hermano)	50 SMMLV	10 SMMLV

**Fundamento fáctico:** Viviana Serrano Macías (Q.E.P.D) celebró un contrato de seguro médico con la Aseguradora de Vida Colseguros S.A., hoy Allianz Seguros de Vida S.A. En vigencia de éste, en el año 2010, la aquejó el engrosamiento mucoso de los senos maxilares, de predominio derecho, de los senos esfenoidales, una ocupación con densidad de tejidos blandos en celdillas etmoidales anteriores, la desviación nasal del tabique hacia la derecha, sinusitis aguda de los senos maxilares, de los senos esfenoidales y de las celdillas etmoidales anteriores.

El 18 de enero de 2011, fue atendida por el médico Luis Eduardo Fandiño Franky, quien se encontraba adscrito a dicha entidad y determinó como tratamiento una *Cirugía Endoscópica funcional + mentoplastia*. El 2 de febrero postrero, el profesional determinó que padecía de una obstrucción nasal progresiva de siete años de evolución, sin cesación a tratamientos médicos, sumado a microgenia, defecto de crecimiento y desarrollo ocasionado por respiración oral crónica.

El galeno le dio a conocer en qué consistiría la intervención y trece días después suscribió el consentimiento informado, sin ser advertida de la muerte o de la lesión a la lámina cribosa, situada en la base del cráneo, como un eventual riesgo de la práctica médica a realizar. Tan sólo se refirió: "(1) Dolor (2) Infección (3) Inflamación (4) Puede requerir retoque quirúrgico (5) Fistula de líquido cefalorraquídeo; (6) Problemas inherentes a anestesia y metabólicos", los cuales no fueron explicados, pues se enfocó en las virtudes de ella.



La cirugía prenotada fue autorizada por Colseguros S.A., hoy Allianz Seguros de Vida S.A. y se llevó a cabo en la Unidad Quirúrgica Los Alpes, que se hallaba adscrita a su red de prestadores.

El 25 de febrero de 2011, entre las 7:00 y las 10:00 a.m., Viviana Serrano Macías (Q.E.P.D.) se sometió a la cirugía endoscópica transnasal bilateral, mentoplastia y rinoplastia, que estuvo a cargo del citado profesional de la medicina en las instalaciones de esa IPS. Durante la fase de recuperación, la paciente presentó comportamientos extraños y agresivos, aunado a dos episodios convulsivos, por ello, fue solicitado su traslado a un centro médico de alta complejidad.

Se autorizó su remisión a la Clínica del Country -perteneciente a la red de prestadores vinculados a la entidad aseguradora- y, en el entretanto, recibió sedaciones. A las 20:05 horas de aquel día, cuando fue retirada de la Unidad Médica Quirúrgica Los Alpes, en el documento de referencia de la paciente se precisó que en la sala de recuperación presentó un cuadro de síndrome convulsivo, pupilas isocóricas, no signos de focalización y que el motivo del traslado obedeció a que requería manejo especializado por neurología, neurocirugía y UCI.

A su arribo a la mencionada clínica, fue valorada por el médico Frank Boris Bennett Alvarado, cuya especialidad es neumología, a pesar de que en la nota de remisión de Viviana se había requerido que fuera valorada por un especialista en neurología y/o neurocirugía.

A la par, se le ordenó un TAC SIMPLE y se verificó, entre otros, fractura de la pirámide nasal, las celdillas etmoidales y el antro maxilar derecho se encuentran ocupados por imagen hipodensa con presencia de nivel líquido probablemente por origen hemático; por ese motivo, se concluyó que la escanografía cerebral simple estaba dentro de los límites normales y había fractura de huesos propios, hemoseno y como diagnóstico se indicó insuficiencia pulmonar aguda consecutiva a cirugía extratorácica.



Se previno que tenía una posible reacción alérgica a medicamentos, episodio de agitación por adrenalina, se tomó TAC cerebral que fue normal y los paraclínicos de ingreso. Se retiró la sedación para extubar y continuar vigilancia neurológica, con destino a la UCI de adultos.

Allí estuvo el 26 de febrero de 2011, desde las 2:30 y hasta las 18:30; le fue practicada terapia respiratoria, se indicó que era una paciente difícil de manejar pues era ansiosa, agresiva, grosera, no colaboraba con el médico o las enfermeras, presentaba alteraciones de su comportamiento que reflejaban una pérdida inexplicable de sus cabales, gritos, intentos de retirarse por su cuenta los accesorios o dispositivos médicos que tenía en su cuerpo, además de propiciar maltratos al personal médico y auxiliar.

Ese mismo día, a las 19:22 horas, fue valorada por el médico general, quien ordenó fuera examinada por psiquiatría. Esa consulta de especialista se realizó aproximadamente cuarenta minutos después y en ella se encontró tensa a la paciente, en posición fetal, con vía aérea intervenida y tras conversar con la madre de la paciente, sugirió esperar a una nueva auscultación al día siguiente.

En el interregno se indicó que Viviana (Q.E.P.D.) requería de terapias respiratorias, por el diagnóstico de insuficiencia pulmonar aguda. Al día siguiente, continuó con las alteraciones del comportamiento indicadas y presentó complicaciones respiratorias durante la noche. Su hermano Mauricio Serrano, quien la estaba cuidando, a las 4:00 horas de la madrugada, percibió que no tenía la respiración ruidosa y llamó con urgencia al servicio de enfermería de la Clínica del Country por considerar extraño lo ocurrido, quienes también llamaron a los médicos a cargo porque había presentado un paro cardio respiratorio.

A pesar de los intentos de reanimación, a las 4:30 del 27 de febrero de 2011 se declaró la muerte de Viviana Serrano Macías (Q.E.P.D.).



Ante el desconcierto por su fallecimiento, su familia autorizó la necropsia al cuerpo, a fin de establecer las causas de la muerte. Esa inspección fue llevada a cabo a las 20:40 de aquel día por parte del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses; se hallaron como causas del fallecimiento, entre otros, la laceración de la lámina cribosa derecha del etmoides, del cerebro en el lóbulo frontal derecho y edema cerebral, secundarias a procedimiento quirúrgico nasal, pues se trató de una complicación de esta última. También se reseñó que el sistema respiratorio de Viviana Serrano Macías (Q.E.P.D.) estaba en óptimas condiciones, sin lesiones y que presentaba las características usuales de toda persona.

En vista de lo ocurrido, los demandantes solicitaron la apertura de una investigación penal en contra del médico Fandiño por un presunto homicidio culposo, a la que se le asignó el Código Único 110016000028201100700 y le correspondió a la Fiscalía No. 11 de Bogotá, de la Unidad Seccional de Vida; no obstante, fue archivada con posterioridad.

El deceso de Viviana Serrano Macías (Q.E.P.D.) afectó gravemente a la familia a nivel emocional, psicológico y en sus relaciones sociales, dado que se cohibieron de acudir a eventos familiares importantes porque estas fechas les resultaban dolorosas y no querían sentir el pesar de terceros. Situación en la que reincidieron luego de promoverse la acción penal.

**Actuación procesal:** El libelo fue radicado el 2 de marzo de 2021 y se le dio trámite el 20 de abril postrero.

Tras notificarse la Administradora Country S.A.S., planteó como excepciones de mérito: i) *Inexistencia de una actuación culposa y/o negligente por parte de Administradora Country S.A.S.*; ii) *Apreciación del acto médico - naturaleza de las obligaciones médico asistenciales*; iii) *Inexistencia de un presunto error diagnóstico*; iv) *Inexistencia de nexos*



*causal – el daño no es imputable a la actuación de Administradora Country S.A.S.; v) Cumplimiento de los estándares en la prestación de los servicios de salud, aunado a; vi) Prescripción de la acción de responsabilidad civil.*

Allianz Seguros de Vida S.A., antes Seguros de Vida Colseguros S.A., adujo en su favor: i) *Cumplimiento de las obligaciones contractuales en cabeza de Allianz Seguros de Vida S.A. con ocasión de la póliza de seguro de salud;* ii) *Falta de legitimación en la causa por pasiva de Allianz Seguros de Vida S.A.,* iii) *Inexistencia de prueba de falla médica y de responsabilidad, debido al actuar diligente, oportuno, adecuado y cuidadoso de Unidad Médico Quirúrgica Los Alpes y la Clínica del Country;* iv) *Inexistente relación de causalidad entre el supuesto daño o perjuicio alegado por la parte actora y la actuación de Allianz Seguros de Vida S.A.;* v) *Prescripción de la acción de reparación de que trata el artículo 2358 del Código Civil;* vi) *Prescripción extraordinaria de la acción derivada del contrato de seguro – artículo 1081 del Código de Comercio,* vii) *Falta de legitimación en la causa por activa de Alfonso Gutiérrez Pardo,* viii) *Los daños morales solicitados por los demandantes son exorbitantes, desbordando así todo criterio y lineamiento jurisprudencial de la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia;* ix) *Improcedencia de reconocimiento del daño a derechos y bienes constitucionalmente protegidos;* x) *Improcedente solicitud de reconocimiento del daño a la vida en relación,* xi) *Inexistencia e improcedencia del supuesto daño emergente solicitado y,* xii) *Enriquecimiento sin causa.*

Llamó en garantía a la Unidad Quirúrgica Los Alpes – ahora Mediport S.A.S., Luis Eduardo Fandiño Franky y la Administradora Country S.A.S. En respuesta, la primera de ellos indicó: i) Hecho de un tercero; ii) Ausencia de culpa iii) Ausencia de nexo causal y, iv) Ocurrencia del alea terapéutico; el segundo, alegó la improcedencia debido a la finalidad plasmada por el citante.



Mediport S.A.S., antes Unidad Quirúrgica Los Alpes S.A.S., invocó como medios defensivos: i) *Hecho de un tercero*; ii) *Ausencia de culpa*; iii) *Ausencia de nexo causal* y, iv) *Ocurrencia del alea terapéutico*. Asimismo, convocó como garante a la Previsora S.A. Compañía de Seguros; no obstante, su contestación fue extemporánea.

Luis Fernando Fandiño Franky propuso como medios exceptivos: i) *prescripción de la acción de responsabilidad civil*; ii) *Cumplimiento de la Lex Artís por parte del Dr. Fandiño Franky. Adecuada práctica médica, oportuna y correcta atención de la paciente*; iii) *Adecuada información suministrada en el consentimiento informado*; iv) *Pericia, idoneidad y experiencia del Dr. Luis Eduardo Fandiño Franky*; v) *Las obligaciones médicas son de medios mas no de resultados*; vi) *Inexistencia de culpa*; vii) *Inexistencia de los elementos propios de la responsabilidad* y, viii) *Inexistencia de la Obligación de indemnizar por causa extraña. Caso fortuito o fuerza mayor*.

Evacuadas las etapas tanto probatoria como de alegaciones, el juez de primer grado profirió la decisión que se sintetiza a continuación:

**Sentencia impugnada:** El *a quo* negó las pretensiones de la demanda, tras hallar probadas las excepciones de mérito de:

i) Cumplimiento de la *lex artís*, adecuada práctica médica, oportuna y correcta atención de la paciente y adecuada información suministrada en el consentimiento informado – alegadas por Luis Eduardo Fandiño-;

ii) Inexistencia de prueba de diligente, oportuno, adecuado y cuidados de unidad médico quirúrgica los Alpes y la Clínica del Country – propuesta por Allianz Seguros de Vida S.A.-;

iii) Ausencia de culpa – formulada por la Unidad Quirúrgica los Alpes, hoy Mediport S.A.-;

iv) Inexistencia de una actuación culposa y/o negligente por parte de Administradora Country S.A.S. e,

v) Inexistencia de un presunto error diagnóstico – planteadas por la Administradora Country S.A.-".



Para arribar a esta conclusión, analizó la naturaleza de la acción derivada de la responsabilidad civil contractual médica en virtud del contrato de seguro de salud que Viviana Serrano Macías había pactado con Allianz Seguros S.A. y a la que se encontraban adscritas Administradora Country S.A. y Allianz Seguros de Vida S.A., así como a éstas, el médico tratante Dr. Franky Fandiño.

No verificó la prescripción de la acción ordinaria por no haberse cumplido los diez años previstos para su decaimiento, pues los hechos acaecieron el 27 de febrero de 2011 y el libelo fue radicado el 2 de marzo de 2021, aunado a las interrupciones (sic) suscitadas entre el 16 de marzo y el 30 de junio de 2020, lo mismo de aquella que surgió con el agotamiento del requisito de procedibilidad.

Seguidamente, explicó que la finalidad de la cirugía endoscópica funcional + mentoplastia, que incluyó septoplastia, polipectomía, corrección de válvula y Turbinop, era la de mejorar o restablecer funciones en la paciente, debido a que presentaba engrosamiento mucoso de los senos maxilares, de predominio derecho, de los senos esfenoidales, ocupación con densidad de tejidos blandos en celdillas etmoidales anteriores, desviación del tabique nasal hacia la derecha y sinusitis aguda de los senos maxilares, esfenoidales y celdillas etmoidales anteriores, sin que el galeno accionado se hubiere comprometido a un resultado cierto en ellas.

Analizó la idoneidad del mismo para la realización de dicha intervención, así como la práctica adelantada para indicar que se efectuó en debida forma, de manera diligente y cuidadosa, a pesar de la laceración del lóbulo frontal y la consecuencia del procedimiento quirúrgico practicado por el Dr. Fandiño, predecible pero que, en el presente asunto, fue imperceptible en el TAC por tan limpia como pequeña.

Señaló que no se dejó consignado en las historias clínicas, luego de la intervención y antes del deceso de la paciente, el escape del líquido



cefalorraquídeo en la nariz o boca de la paciente que permitiera sospecharse o determinarse una lesión o fístula, como tampoco se presentó alguna otra convulsión posterior a la padecida en la Clínica de los Alpes.

Y aunque resaltó que no se trata de una complicación habitual pues el 2,2% de los pacientes la presentan, situación que dificultó su diagnóstico para proveer que era la consecuencia de la cirugía realizada, añadió que en el TAC no se evidenció. Por ello, fue en la necropsia que se identificó y no puede atribuírsele a los galenos la incuria, culpa, impericia o negligencia.

En torno al diligenciamiento del consentimiento informado, precisó que allí se consignó como complicación "*fístula del líquido cefalorraquídeo*", concerniente a la ruptura de la barrera que separa la cavidad nasal y senos paranasales de los espacios subaracnoideos, esto es, la base craneal, duramadre y membrana aracnoidea, en otras palabras, laceración del lóbulo frontal.

De modo que no le atribuyó falla médica ni falta o indebida atención hospitalaria o error en el diagnóstico, además de haberla estimado como oportuna y continua.

**Apelación:** Los demandantes interpusieron el recurso de alzada contra la providencia anterior, con el fin de obtener su revocatoria. Para ello, formularon los reparos que sustentaron conforme se sintetiza a continuación:

**a) Incorrecta calificación del consentimiento informado**

El alcance del consentimiento informado fue limitado pues no se consignaron todos los riesgos asociados al procedimiento quirúrgico practicado a Viviana Serrano Macías (Q.E.P.D.). Se incurrió en un error al



subsumir la "fístula de líquido céfalo raquídeo" a una lesión cerebral – laceración del lóbulo frontal-.

Esa falencia impidió la exteriorización de la voluntad de la paciente para asumir las consecuencias completamente. Recuérdesse que la aquiescencia va más allá de un simple requisito formal, debe cumplirse a plenitud, a fin de que el afectado entienda y comprenda la totalidad de las complicaciones asociadas en el marco del procedimiento a realizar, so pena de concluir que alguna de ellas no fue aprobada.

Incluso, su deceso fue producto de un "Edema cerebral por laceración del cerebro en el lóbulo frontal derecho secundario a procedimiento quirúrgico nasal". De manera concomitante, en el informe de neuropatología 046-2011 se identificaron varias laceraciones sufridas por la paciente, entre ellas: de la lámina cribosa del hueso etmoides derecho de 1.1x0.6 cm que comunica la cavidad craneana con los natos nasales; en la duramadre y aracnoides, de proporción de 1cmx0.5 cm; de la cintilla olfatoria derecha, con hemorragia alrededor, y del lóbulo frontal subyacente de 0.8x0.5cm de superficie y 3.5cm de profundidad.

Evocaron los cánones 161, 182, 193 y 204 de la Constitución Política, los artículos 15, 16 y 18 de la Ley 23 de 1981; así como la sentencia C-182 de 2016.

#### **b) Las obligaciones de medio y de resultado en la práctica médica**

En principio, la doctrina y la jurisprudencia han catalogado dicha práctica dentro de las obligaciones de medio; no obstante, esa clasificación no es absoluta pues, entre los deberes del cuerpo médico-cirujano, existen obligaciones de resultado.



Es por ello que, en el marco de los actos preparatorios de la cirugía, claramente se presentaron contextos de resultado que no son de aquellos típicos del acto médico donde pretendió el *a quo* encapsular la supuesta dificultad en la determinación del daño ocasionado a Viviana Serrano Macías (Q.E.P.D.).

El galeno tratante, Doctor Luis Eduardo Fandiño, también desatendió las cargas de resultado concernientes a incluir en el consentimiento informado el riesgo propio de laceración cerebral.

**c) Errónea equiparación, sin sustento médico ni jurídico, de un diagnóstico de fístula de líquido cefalorraquídeo con el de laceración del lóbulo frontal**

No podía considerarse la fístula del líquido cefalorraquídeo como la ruptura de la barrera que separa la cavidad nasal y senos paranasales de los espacios subaracnoideos, menos aún, que su prevención en el consentimiento informado fuera equiparable a una laceración del lóbulo frontal, pues son fenómenos distintos.

La fístula de líquido cefalorraquídeo consiste en la salida anormal de este, desde el cráneo de la paciente hacia el exterior, a través de una brecha osteomeníngea, la cual puede conducir a infecciones y su manejo puede darse mediante antibióticos.

Por su parte, las laceraciones, conforme fueron explicadas por los testigos técnicos, son desgarros del tejido cerebral causados por un cuerpo extraño y su ocurrencia a nivel del lóbulo frontal – en el que están centradas todas las emociones del ser humano y el manejo de su personalidad- acarrear alteraciones del comportamiento, inflamación o hemorragia que pueden conducir a la muerte, de no ser tratadas a tiempo.



Adicionalmente, el impacto de la laceración cerebral sufrida por la paciente Viviana Serrano Macías (Q.E.P.D.) se manifestó, entre otra sintomatología, en actos salidos de sus cabales y en la fístula de líquido cefalorraquídeo que no fue percibida por el cuerpo médico.

No se ahondó en los efectos que produce la lesión del lóbulo frontal del cerebro – la causa real del fallecimiento dada por el Instituto Nacional de Medicina Legal-, los cuales guardan coincidencia con el cuadro comportamental exteriorizado por ella en la fase postoperatoria, tanto en la Unidad Quirúrgica Los Alpes – Mediport- como en la Clínica del Country, sin que mereciera la menor aproximación, curiosidad o cuestionamiento por el juez de primer grado.

Además, en los informes de Necropsia, Histopatología y Neuropatología, se refirió que la laceración del lóbulo frontal derecho del cerebro, producida a Viviana Serrano (Q.E.P.D.), durante el procedimiento quirúrgico realizado por el médico Luis E. Fandiño, tenía las siguientes características:

- *Laceración de la duramadre y aracnoides en la fosa anterior, inmediatamente por encima de la lámina cribosa del etmoides derecho, con medidas de 1x0.5 cm.*
- *Laceración del lóbulo frontal subyacente con extensión de 0.8 x 0.5 cm de superficie y 3.5cm de profundidad.*

**d) El error en el diagnóstico y en el tratamiento adecuado – Desatención en la evolución de la paciente durante el período de “recuperación”**

Debió destacarse la importancia del diagnóstico de la paciente fallecida. No se emprendió un estudio en ese sentido y, menos aún, sobre la imposibilidad de ofrecerle un tratamiento.



Viviana Serrano (Q.E.P.D.) fue remitida desde la UQLA hacia la Clínica del Country porque presentó una convulsión y requería ser valorada, bien por neurocirugía o neurología.

De hecho, en las notas de enfermería del primer centro médico se consignaron sus sentimientos de muerte, presentimientos relacionados; las manifestaciones de no querer respirar ni hablar; su estado de agitación, la agresividad en su actuar, la negativa a cambiarse el vendaje de la cara, entre otros. En la historia clínica de la segunda IPS se hizo alusión a su ansiedad, a la actitud poco colaboradora, las acciones de retirarse el oxígeno, reflejar molestia por el taponamiento nasal, su difícil manejo, junto con el trato agresivo y grosero que le proporcionaba al personal médico.

La atención no cumplió con los estándares de calidad fijados por el estado del arte de esa ciencia, en vista a que esos episodios dejaron de ser analizados; no fueron empleados los medios humanos, científicos, farmacéuticos y técnicos para diagnosticar a la paciente, ofrecerle un tratamiento para evitar su desenlace fatal, situación que se tradujo en culpa profesional por omisión.

**e) Incongruencia entre la supuesta previsibilidad de la laceración del lóbulo frontal, como consecuencia de una cirugía en la base del cráneo, y la aparente falta de claridad en su determinación**

Si bien en la sentencia se estimó que la laceración y producción de la fistula del líquido cefalorraquídeo no son complicaciones habituales, llama la atención que en otros apartes fueron acogidas como consecuencias inherentes a esa cirugía. Del mismo modo, puede inferirse que era viable establecer su ocurrencia con posterioridad al procedimiento practicado.



Adicionalmente, la Unidad Quirúrgica Los Alpes no tenía la capacidad para atender los riesgos asociados a ella, especialmente el denominado “*fistula de líquido cefalorraquídeo*”, aunado a que hubo improvisación en el soporte de respiración mecánica y su traslado a la Clínica del Country se efectuó ocho horas después de haber presentado una crisis convulsiva.

Allí, a pesar de su antecedente quirúrgico, evolución desfavorable, convulsión tónico crónica generalizada, comportamiento anormal, errático y agresivo, se le tomó un TAC simple para descartar trauma del cráneo. Asimismo, fue remitida a hospitalización, sin un diagnóstico o hacerle seguimiento por neurocirugía, se estigmatizó como paciente psiquiátrica, y su valoración se surtió por esa área, aún bajo efecto de sedación. Su estado era de vulnerabilidad y no se le dio un manejo adecuado.

#### **f) La tacha de testigos**

La decisión adoptada se fundó en pruebas frente a las cuales había existido una refutación de parcialidad, en los términos del artículo 211 del C.G.P., y no se emitió un pronunciamiento al respecto. Tampoco discriminó los testimonios que brindaron utilidad para edificarla y, de forma genérica, se apeló al término “*testimonios médicos*” para indicar que se amparó en ellos.

Fue pretermitido el análisis sobre su contradicción; optó por acogerlos plenamente, de manera irrestricta, hasta caprichosa, aún a sabiendas que había sido cuestionada la actividad médica de los profesionales por haber atendido a Viviana (Q.E.P.D.) y hallarse vinculados laboralmente con las instituciones demandadas.

#### **g) La sentencia acogió en su decisión medios de prueba que no habían sido previamente decretados en la litis**



Fueron acogidos conceptos médicos extraídos de textos de literatura médica frente a los cuales se desconoce su real valor académico y nunca fueron decretados como medios probatorios en la litis, sobre los cuales no se realizó un ejercicio de contradicción.

Los artículos "*¿Qué es la sinusitis y cómo tratarla?*" y "*Rinoplastia funcional: septoplastia o turbinoplastia*" escritos por Alejandro Martínez Morán no fueron decretados como medio de prueba y ninguno de los extremos los aportó dentro de las oportunidades procesales previstas para la solicitud de pruebas. Por ello, el despacho debió, al menos, argumentar las razones por las cuales se apartó de las pruebas debidamente practicadas en el proceso para adoptar la decisión que tomó.

**h) Sobre los elementos de la Responsabilidad Civil Contractual:**  
**Claro está que se comprobó la conducta de los señalados responsables**

Aunque no fue anunciado como un reparo a la decisión del juez de primer grado, no puede pasarse por alto que en la sustentación constituye un hecho novedoso al tema de alzada.

Igual suceso acontece con el dolor interno que los demandantes percibieron y experimentaron, conforme a su relación de parentesco, cercanía, familiaridad; además, del claro cambio en las condiciones sociales con su entorno.

No obstante, ello no impide que en el evento de accederse a la revocatoria de la decisión se analice a la luz del *petitum* planteado y las defensas esgrimidas oportunamente.

**Pronunciamiento de la parte contraria:**

**Luis Eduardo Fandiño Frankly**



A la paciente se le informó que, debido a su patología, en la cirugía a realizar podría generarse la fistula de líquido cefalorraquídeo, como se observa en el consentimiento informado y así lo conceptuó el Departamento de Otorrinolaringología de la Universidad Nacional. Dicha complicación era de baja probabilidad y, de menor proporción, que de ella deviniera la muerte de la paciente, por ser laceraciones de mínima trascendencia.

El artículo 12 del Decreto 3380 de 1981 dispone que en la historia clínica se debe dejar constancia de las complicaciones que puedan acontecer, así como de la imposibilidad de hacer una intervención. No se exige la transcripción total de la consulta médica, como tampoco de aquellos eventos de porcentaje poco probable, atípicos e inusuales. Por demás, que la paciente tuvo más de diez días, desde la época en que se le informaron las posibles adversidades, para analizar la información suministrada con sus familiares, y aun así se presentó el 25 de febrero de 2011 para llevar a cabo el procedimiento.

De otra parte, el médico tratante jamás se comprometió a la obtención de un resultado; su práctica se enmarcó en un actuar de medio que reclama la prueba de la culpa, la cual tampoco fue demostrada.

Advierte que la fístula del líquido cefalorraquídeo se produce por la laceración del lóbulo frontal y no puede catalogarse como un error de interpretación del juez de primer grado, pues se trata de una situación de causa-efecto, inviable de enmarcar dentro de la causa de muerte de la paciente.

El médico Fandiño no fue tratante en la Clínica del Country y la sintomatología se diagnosticó de conformidad con los resultados obtenidos en el TAC. La práctica de exámenes más especializados no era



requerida y, menos aún, se apegaba a los protocolos o coherencia científica.

La ciencia médica no es exacta y cada caso debe estudiarse individualmente; de ahí que la confusión por lo sucedido impidiera identificar la causa de la muerte, con mayor razón si no se demostró una mala praxis.

La tacha de los testimonios no logró demostrarse; por el contrario, se hallan amparados en lo reportado en los interrogatorios practicados a las partes, la historia clínica, la literatura médica, los testimonios de los médicos Vega, Cifuentes, Villota, Robayo, Pernet, Álvarez y López; así como en los dictámenes periciales rendidos por los Doctores Parada, Aristizábal, Jaramillo y Álvarez; aunado a lo resuelto en el proceso penal, cuyos medios suasorios practicados en él fueron trasladados al presente asunto.

### **La Previsora S.A. Compañía de Seguros**

La decisión de primera instancia fue ajustada a derecho. Es inexistente una obligación condicional derivada de la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional para Instituciones Médicas 1006926, en la cual aparece como asegurada la Unidad Quirúrgica Los Alpes Ltda. – hoy Mediport S.A.S.-, por ser ausente la configuración del siniestro, la responsabilidad civil profesional médica.

Tampoco se elevó la reclamación dentro de la vigencia de la póliza – 30 de octubre de 2011- pues fue presentada el 26 de julio de 2013.

En armonía con lo descrito, la práctica médica suministrada en esa Unidad se ciñó a la *lex artis ad hoc*, la crisis convulsiva fue controlada en el posoperatorio, a la causante se le protegió tanto la vía aérea como cerebral, el consentimiento informado fue diligenciado y signado por ella,



la técnica anestésica fue balanceada, conforme a las técnicas adoptadas en el manejo de medicamentos.

Al momento de su remisión, no presentaba signos de alteración o daño cerebral, menos aún lesión vascular. Los elementos constitutivos de responsabilidad no fueron demostrados por la parte actora, la culpa, el nexo causal y el daño antijurídico.

### **Allianz Seguros S.A.**

La paciente fue atendida adecuadamente y sus complicaciones conciernen a los riesgos inherentes al procedimiento quirúrgico realizado. La asistencia en salud, entre el profesional de la salud y el usuario, generó una obligación de medio, basada en la competencia profesional, en la prestación de todos los medios que consagra la ciencia médica para el bienestar de la segunda.

El Doctor Fandiño actuó de acuerdo con los postulados de la *lex artis*, contaba con la formación y experiencia profesional necesarios para llevar a cabo la cirugía endoscópica funcional, junto a la mentoplastia, tras haber sido diagnosticados sus padecimientos médicos.

Obsérvese que el juez fundamentó su decisión en un análisis exhaustivo de las pruebas, las cuales demostraron que tanto la atención médica brindada por el Dr. Luis Eduardo Fandiño como la posterior atención en la Clínica del Country se ajustaron a los estándares médicos, a sus conocimientos y prácticas aceptadas en el campo galénico.

El consentimiento informado proporcionado a la paciente fue claro y suficiente, allí se incorporaron los riesgos más relevantes, los cuales fueron asumidos por ella de manera voluntaria y consciente. La materialización de algunos de ellos no puede ser interpretada como una falencia, en esencia, los procedimientos quirúrgicos, por su naturaleza,



conllevan ciertos riesgos avalados en el ámbito médico y su aparición, aunque desafortunada, no se traduce automáticamente en negligencia.

El fallo de primer grado está respaldado en la jurisprudencia aplicable, que reconoce la complejidad de los diagnósticos médicos y la necesidad de otorgar un margen de discrecionalidad a los profesionales de la salud. Incluso, durante su recuperación, se realizaron las valoraciones pertinentes y se tomaron decisiones informadas basadas en la sintomatología de Viviana Serrano Macías (Q.E.P.D.); su actuar se circunscribió a los protocolos, los exámenes necesarios, como el TAC cerebral que no evidenció lesiones estructurales por las cuales se justificara un diagnóstico errado.

La previsibilidad de una complicación durante una cirugía en la base del cráneo no implica su evitabilidad o su identificación absoluta, la medicina es inexacta, a pesar de los avances tecnológicos y los conocimientos médicos, siempre existe un margen de incertidumbre. La idoneidad se basa en su capacidad para tomar decisiones informadas y fundamentadas en la evidencia científica, así como en su experiencia clínica.

Por otro lado, es importante señalar que la carga de la prueba en un caso de negligencia médica recae sobre quien la alega, es decir, le corresponde a la parte demandante demostrarlo. También, lo concerniente al nexo de causalidad entre la falta aducida y el daño irrogado.

Por último, la coincidencia entre las declaraciones vertidas y las conclusiones a las que arribaron los peritos refuerzan la idea de que la imparcialidad de los primeros no podía ser cuestionada.

**Administradora Country S.A.S.**



El comportamiento exhibido por la paciente no era suficiente para haber sospechado una laceración cerebral debido a que podía corresponder a múltiples causas y su abordaje se desarrolló por un grupo interdisciplinario de la institución. Inclusive, los dictámenes periciales rendidos en el proceso penal concluyeron que existía la posibilidad de ser atribuido a enfermedades orgánicas o psiquiátricas.

En algunas ocasiones, Viviana (Q.E.P.D.) rechazaba la terapia, en otras, la aceptaba, fue por ello que se requirió la intervención del médico psiquiatra. Adicionalmente, como lo explicaron los profesionales Jorge Humberto Aristizábal, Hernando Cifuentes, Eduardo Robayo, Frank Pernet y Fernando Gómez Cabal, esas conductas pueden manifestarse ante el taponamiento y la dificultad para respirar, sumado a su temperamento.

No debe omitirse que los resultados de los exámenes clínicos e imagenológicos reflejaron la ausencia de síntomas neurológicos, los hallazgos fueron normales y todo ello impidió llegar a un diagnóstico. Las causas verdaderas fueron identificadas después de su fallecimiento.

Todos los especialistas concordaron en lo extraño, atípico e incluso indicaron que era el único caso que habían visto de estas características, lo cual deja sin piso las afirmaciones del apelante, en vista a que su manejo no era sencillo ni evidente. No es admisible hacer un análisis retrospectivo, a partir de un resultado conocido únicamente en la necropsia, respecto de síntomas poco claros y de corta evolución.

Tampoco había criterio alguno para solicitar en aquel entonces un nuevo examen imagenológico y cuando no se había manifestado deterioro neurológico o clínico que ameritara su realización. El diagnóstico del daño del lóbulo frontal a través de exámenes neuropsicológicos se realiza en entornos diferentes, no en el marco en que se encontraba la paciente y sin incidencia clínica para su práctica.



El Despacho señaló el vínculo que cada uno de los deponentes tenía con las instituciones demandadas y ello no conduce a restarle valor a sus relatos, únicamente exige una valoración más exhaustiva. De modo que, si todos son coincidentes y se correlacionan con lo que se encuentra consignado en la historia clínica, no deviene próspera una sospecha en ellos; mucho menos, si concuerdan con los conceptos extendidos en los experticios aportados.

### **Mediport S.A.S.**

La paciente fue advertida de los riesgos que la intervención quirúrgica comportaba y no puede trasladarse la controversia a un nivel de detalle que no transmite un grado de convicción suficiente. Sus calidades personales y conocimientos profesionales le permitieron tener plena comprensión de la información suministrada en relación con los alcances de la cirugía.

La fístula de líquido cefalorraquídeo se presenta por la ruptura de la lámina que separa el cráneo y la cavidad nasal; al franquearse esta barrera puede ocurrir una lesión cerebral, riesgo propio de este tipo de cirugías funcionales y, como lo enseña la literatura médica, puede presentarse en el 2,2% de los casos, inclusive entre cirujanos muy expertos.

El procedimiento practicado por el Doctor Luis Eduardo Fandiño no era cosmético, su finalidad se centraba en la funcionalidad que procuraba una obligación de medio para darle solución a la obstrucción nasal progresiva, de evolución de siete años, que aumentaba en la noche y no había cedido a otros tratamientos médicos.

Las explicaciones de los expertos y del Despacho frente a la fístula de líquido cefalorraquídeo derivada de una laceración del lóbulo frontal



cerebral, no dejan duda sobre la estrecha conexión entre ambos conceptos y su incidencia definitiva en el fatal desenlace de la cirugía.

Adicionalmente, la Unidad Quirúrgica Los Alpes Ltda contaba con la certificación de cumplimiento de las condiciones de habilitación expedida por la Secretaría de Salud de Bogotá, para brindar el servicio en modalidad quirúrgica ambulatorio COD 209, cirugía de otorrinolaringología de mediana complejidad y, por su naturaleza ambulatoria, conforme al Manual Único de Estándares, no requería servicio de urgencias.

La paciente fue evaluada previamente en esa IPS, sus condiciones de salud eran buenas, no fue advertida ninguna circunstancia que impidiera la intervención, los cuidados preanestésicos estuvieron apegados a las normas vigentes y a las guías técnicas que eran aplicables en la fecha de los hechos, como lo confirman las notas de enfermería aportadas al proceso en las que se refiere en detalle la atención suministrada, sin que en ninguna se registre descuido, falta de presencia o desatención por parte del personal médico o de enfermería, menos aún una mala praxis.

Los cuidados posanestésicos suministrados por el personal médico fueron similares a los descritos en la literatura científica, en las normas legales y códigos deontológicos vigentes, en las guías técnicas aplicables en aquel entonces, para las condiciones de salud que la paciente presentó durante la fase mediata de recuperación y de la cirugía.

Tampoco se identificaron hechos distintos que expliquen razonablemente los eventos adversos que presentó Viviana Serrano (Q.E.P.D.) mientras estuvo internada en la Unidad Quirúrgica. La paciente presentó unos movimientos anormales que, en criterio del personal médico presente, correspondían a convulsiones tónico-clónicas generalizadas y durante la identificación de sus causas, se recomendó



administrar anticonvulsivantes potentes, sedarla e intubarla, medidas efectivas para prevenir el daño cerebral secundario que se presenta después de cualquier lesión orgánica.

Lo perseguido era proteger la función cerebral en ese entorno de medicina crítica, por lo que la paciente debía ser trasladada a una Unidad de Cuidados Intensivos – UCI-. En el entretanto, se llevó de nuevo a la sala de operaciones – donde las condiciones de seguridad, los recursos humanos, locativos y de dotación son idénticos a los de una UCI-, a fin de que recibiera el manejo que requería hasta cuando se produjera su remisión a la Clínica del Country.

Para finalizar, cuando se omite valorar una tacha planteada en contra de un testigo, le corresponde al juez de segunda instancia resolverla en la sentencia y, en relación con la literatura médica tomada de internet, no constituye una prueba inválida pues es una práctica común en los procesos judiciales que permite dar una mayor credibilidad o explicar en mejor forma un punto específico, sin que ello signifique una incorporación inválida.

## **II. PROBLEMAS JURÍDICOS**

¿El consentimiento informado fue idóneo?

En torno a él, ¿Se hizo una correcta valoración entre la fístula de líquido cefalorraquídeo y el riesgo de lesión cerebral – lesión del lóbulo frontal?

¿Hubo un error en el diagnóstico y tratamiento para atender a la paciente tras la intervención?

¿Hubo incongruencia entre la previsibilidad de la lesión padecida por Viviana Serrano Macías (Q.E.P.D.) y la falta de identificación de ella?



¿Debió ser exitosa la tacha efectuada sobre los testimonios médicos rendidos por los galenos que intervinieron en la prestación de los servicios de salud?

En la sentencia confutada ¿se acogieron conceptos médicos que no fueron decretados como pruebas y, por consiguiente, se contravino el ejercicio de contradicción de las partes?

### **III. CONSIDERACIONES**

1. Es asunto averiguado que los planes voluntarios de salud están regulados en el canon 169 de la Ley 100 de 1993, cuyo propósito atiende a la prestación de servicios de salud mediante la cobertura asistencial contratada de manera voluntaria y financiada en su totalidad por el propio afiliado o empresa que así lo establezca, sin que ello corresponda a los recursos destinados a las cotizaciones obligatorias o subsidiadas. Fue así que se contemplaron los planes de medicina prepagada, complementarios de salud, las pólizas de seguro emitidas por compañías aseguradoras, entre otros.

Aunado a lo dicho, la regla 6 del Decreto 1570 de 1993 contempló que los contratos enlistados bajo esa modalidad concernirán a servicios de promoción, prevención; consulta externa, general, especializada; medicina diagnóstica, terapéutica; hospitalización; urgencias; cirugía; exámenes y odontología, los cuales serán proporcionados directamente, por intermedio de profesionales, instituciones de salud adscritas a ellas o por libre elección del usuario. De esta manera, pueden contratar con clínicas, hospitales, centros de salud, laboratorios o entidades similares, siempre que cuenten con licencia sanitaria, con sujeción a las tarifas preestablecidas, así como a verificar la información del personal vinculado y la dotación de equipos – art. 16; ib.-.



A su vez, el artículo 17 de la norma reglamentaria, previó que las empresas, dependencias y programas de medicina prepagada, “(...) responderán civil y administrativamente, por todos los perjuicios que ocasionen a los usuarios en los eventos de incumplimiento contractual y especialmente en los siguientes casos: (1) cuando la atención de los servicios ofrecidos contraríe lo acordado en el contrato y (2) cuando se preste el servicio en forma directa, por las faltas o fallas ocasionadas por algunos de sus empleados, sean éstos del área administrativa o asistencial, sin perjuicio de las sanciones a que pueda dar lugar la violación de las normas del Código de Ética Médica.” (Se subraya).

Por su parte, la previsión 18 del Decreto 806 de 1998, definió los Planes Adicionales en Salud – PAS- como aquellos que incluían servicios de esta categoría, como opcionales o voluntarios, financiados por los particulares y por fuera de la cotización obligatoria. Dentro de las clases enunciadas, se incorporaron los complementarios de salud, los de medicina prepagada y las pólizas de salud que se regirían por las disposiciones previstas en el régimen general.

Ahora bien, a efectos de dilucidar la diferencia entre la vinculación al servicio prenotado por la vía prepagada y mediante una póliza de seguro, la Corte Constitucional en sentencia T-430 de 2015 precisó:

*“Los contratos de medicina prepagada y las pólizas de salud son Planes Adicionales de Salud (PAS), que, de acuerdo al Decreto 806 de 1998, consisten en un conjunto de beneficios opcionales contratados de manera voluntaria, que garantizan la atención de actividades, procedimientos o intervenciones en salud adicionales al POS. Estos servicios son prestados por particulares que, si bien se encargan de garantizar el servicio público de salud, no se financian con los recursos del Sistema y rigen sus relaciones contractuales por el derecho privado.*

*Los contratos de medicina prepagada, de acuerdo al Decreto 1570 de 1993, son ‘el sistema organizado y establecido por entidades autorizadas conforme al presente Decreto, para la gestión de la atención médica, y la prestación de los servicios de salud y/o atender directa o indirectamente estos servicios, incluidos en un plan de salud preestablecido, mediante el cobro de un precio regular previamente acordado.’ Estos contratos hacen parte del Sistema de Seguridad Social en Salud y benefician a quienes se encuentran en el régimen contributivo ofreciendo una mayor cobertura y/o calidad, respecto del Plan Obligatorio de Salud.*



*Estos contratos se rigen por las normas del Código Civil y del Código de Comercio y, como lo señala el Decreto 1468 de 1994, parten del supuesto de que la compañía prestadora del servicio cubrirá, a partir de su celebración o de la fecha que acuerden las partes, los riesgos relativos a la salud del contratante y de las personas que sean señaladas por él como beneficiarias<sup>[21]</sup>; sin embargo, dado que se trata de una actividad donde, además de captar recursos del público, se está prestando un servicio público y se ven involucrados derechos fundamentales como la vida, la integridad física y la salud, la intervención y vigilancia del Estado es imperativa.*

*El contrato de seguro, o la póliza de seguro, se rige por el capítulo V del Código de Comercio, según el cual "el seguro es un contrato consensual, bilateral, oneroso, aleatorio y de ejecución sucesiva". En consecuencia, las disposiciones que determinan la validez y, en general, todos los asuntos atinentes a este contrato, están determinados por la legislación comercial y encuentran su fundamento en el principio de autonomía de la voluntad privada.*

*Los contratos de seguro, a diferencia de los contratos de medicina prepagada, no suponen la prestación de los servicios de salud, sino que, de acuerdo a las normas previstas en el Código de Comercio, parten del aseguramiento de un riesgo que, en caso de concretarse, dan lugar al reembolso de la suma de dinero correspondiente."*

Bajo ese tenor, luce oportuno recordar que en el caso bajo estudio la actividad desplegada compete al acto médico que supuso la prestación de un servicio de salud.

Dicho esto, se continuará con el análisis de la responsabilidad civil médica, sustentada en que sea demostrada tanto la culpa del galeno, como el nexo causal entre ella y el daño ocasionado. Por tanto, quedaría excluida cualquier presunción derivada de dicha actividad y, en consecuencia, requeriría ser probada la prestación defectuosa del servicio de salud.

Esto es así porque, en general, la práctica médica atiende a la adquisición de obligaciones de medio y no de resultado. Sobre este punto, la doctrina ha enseñado que,

*"(...) [R]adica en lo aleatoria que resulta la actividad del médico frente al paciente. Esa aleatoriedad es el criterio predominante para quienes consideran válida la existencia de obligaciones de medio.*

*Pero sucede que son varias las situaciones aleatorias que se presentan cuando el médico actúa sobre el organismo del paciente. En efecto, es aleatorio que el paciente pueda aliviarse con el tratamiento efectuado por el médico; también es aleatorio que el médico pueda garantizar que no se producirán daños colaterales o consecuenciales al tratamiento médico; finalmente, existe el terrible riesgo de que no sepa finalmente cuál es la causa del daño sufrido por el paciente o que ni*



*el médico ni el paciente puedan aportar la prueba de la culpa o de la diligencia del cuidado requeridos.*

*Estas tres circunstancias hacen pensar no solo que existe una obligación de medios contra el médico, para seguir utilizando la terminología tradicional, sino que esa culpa debe ser probada.”<sup>1</sup>.*

En respaldo de lo anterior, la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia puntualizó que “(...) *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.”<sup>2</sup>.*

El Alto Tribunal ha decantado 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.”<sup>3</sup>.*

De lo dicho se concluye que, cuando se produzca una consecuencia no deseada, puede ser catalogada como daño, pues para la declaratoria de la responsabilidad médica se exige la verificación de una actuación contraria a las buenas prácticas de esta índole y su incidencia en el desenlace fatal acaecido.

---

<sup>1</sup> Tamayo Jaramillo, Javier. “Tratado de Responsabilidad civil”, Legis, Bogotá D.c.-2015, 8va reimpresión, pág. 1092.

<sup>2</sup> Sentencia SC-4425-2021 de 5 de octubre de 2021, Radicación n.º 08001-31-03-010-2017-00267-01.

<sup>3</sup> Ib.



Aclárese que, por regla general la responsabilidad médica descansa en la culpa probada, salvo cuando se acuerdan estipulaciones especiales de las partes en las que se asume una obligación de resultado<sup>4</sup>, pues se sabe que el artículo 104 de la Ley 1438 de 2011, así lo previó:

*"Es el conjunto de acciones orientadas a la atención integral de salud, aplicadas por el profesional autorizado legalmente para ejercerlas. El acto profesional se caracteriza por la autonomía profesional y la relación entre el profesional de la salud y el usuario. Esta relación de asistencia en salud genera una obligación de medio, basada en la competencia profesional".*

Máxime, cuando no se fija ningún objetivo específico y únicamente se compromete el conocimiento médico y científico para procurar la mejoría en el paciente de sus padecimientos, puesto que no puede ser de dominio pleno la enfermedad, su evolución o las condiciones propias del afectado<sup>5</sup>.

2. Desde esta perspectiva, en el caso bajo estudio, se colige que la obligación adquirida por el galeno demandado era de medio en virtud de lo siguiente:

a) En la historia clínica de 18 de enero de 2011, se observa que el motivo de consulta y evolución fue posterior a la realización de un estudio grupal por posible sinusitis, de siete años de evolución<sup>6</sup>.

En aquella ocasión se adelantó un examen físico, en el que se identificó que la paciente estaba nerviosa, aprehensiva, lúcida y orientada<sup>7</sup>; como impresión diagnóstica se contempló: "(1) Pansinusitis (2) Desv. Septal (3) Microgenia (4) Respiración oral (Ronquido) (5) No hay sellado labial"<sup>8</sup>.

<sup>4</sup> Ver Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil. Sentencia SC7110 de 24 de mayo de 2017. Rad. 05001-31-03-012-2006-00234-01.

<sup>5</sup> Ver Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil. Sentencia SC7110 de 24 de mayo de 2017. Rad. 05001-31-03-012-2006-00234-01.

<sup>6</sup> PDF 001Demanda; fl. 77.

<sup>7</sup> PDF 001Demanda; fl. 77.

<sup>8</sup> PDF 001Demanda; fl. 77.



Por todo ello, el especialista sugirió la práctica de un tratamiento quirúrgico: “*CEF+Mentoplastia (Cirugía Endoscópica Funcional + mentoplastia)*”<sup>9</sup>.

b) El 28 de diciembre de 2010, a la paciente le fue tomada una tomografía computarizada de senos paranasales simple, en la que se encontraron como hallazgos:

*“(...) [E]ngrosamiento mucoso de los senos maxilares, de predominio derecho, de los senos esfenoidales y ocupación con material con densidad de tejidos blandos en celdillas etmoidales anteriores, con pequeños niveles hidroaéreos en senos maxilares y seno esfenoidal izquierdo de los senos frontales presentan adecuada neumatización, sin cambios inflamatorios.*

*Las unidades ostiomentales se encuentran obstruidas, con material con densidad de tejidos blandos.*

*El tabique nasal esta desviado hacia la derecha.”*<sup>10</sup>

Y por ello se concluyó que presentaba:

*“Sinusitis aguda de los senos maxilares, senos esfenoidales y celdillas anteriores, obstrucción de las unidades ostiomentales.*

*Tabique nasal desviado hacia la derecha.*

*Niveles orientativos de dosis de radiación efectiva: 0.6 mSv”*<sup>11</sup>.

c) También, se anexaron los análisis cefalométrico y básico de la Clínica Country. En la parte esquelética: se apreció retrognatismo mandibular, inclinación neutra de la base del cráneo, retroinclinación del plano mandibular y del plano oclusal – FMA Aumentado – hiperdivergencia maxilo mandibular – dirección del crecimiento vertical del eje Y, así como dirección del crecimiento vertical del eje facial – hipergonia; en el aspecto dental: proclinación del incisivo superior (IS -MX) – proinclinación del incisivo inferior – retrusión dentoalveolar superior – protrusión dentoalveolar inferior; y facialmente: el perfil era convejo – proquelia superior e inferior<sup>12</sup>.

---

<sup>9</sup> PDF 001Demanda; fl. 77.

<sup>10</sup> PDF 001Demanda; fl. 78.

<sup>11</sup> PDF 001Demanda; fl. 78.

<sup>12</sup> PDF 001Demanda; fl. 79.



d) Incluso, el 2 de febrero de 2021, el médico Fandiño explicó que el problema se circunscribía a:

*"(...) OBSTRUCCIÓN NASAL PROGRESIVA QUE AUMENTA EN LA NOCHE DE SIETE AÑOS DE EVOLUCIÓN, NO HA CEDIDO A TRATAMIENTOS MEDICOS, AL EXAMEN SE APRECIA DESVIACIÓN SEPTAL, HIPERTROFIA DE CORNETES, PANSINUSITIS. LA PACIENTE REQUIERE: **CIRUGÍA ENDOSCÓPICA FUNCIONAL DE NARIZ Y SENOS PARANASALES.***

*IGUALMENTE LA PACIENTE PRESENTA MICROGENIA, DEFECTO DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO, OCACIONADO (sic) POR RESPIRACIÓN OTAL CRONICA DE SIETE AÑOS DE EVOLUCIÓN. **REQUIERE PRACTICARSE PROCEDIMIENTO QUIRURGICO CONSISTENTE EN MENTOPLASTIA DE AVANCE (OSTEOTOMIA DE AVANCE DE MENTON)**"<sup>13</sup> (Se resalta).*

e) La paciente suscribió el "PERMISO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA O PROCEDIMIENTO ESPECIAL"<sup>14</sup>, en el que se avizora:

*"1.- Por la presente yo, Viviana Serrano Macías autorizo al Doctor LUIS EDUARDO FANDIÑO FRANKY a realizar en mí o en mi familiar CC 52996296 las siguiente (s) intervención (s) quirúrgica (s) procedimiento (s) especial(s) CEF+Mentoplastia. CEF Incluye: a) Septoplastia b) Polipectomía c) Corrección válvula d) Turbinas. Que se llevará(n) a cabo el día 25 de febrero de 2011 a las 8 am (Clínica U. L.A.)*

*2.- El Doctor Luis S. Fandiño F. me ha explicado la naturaleza y propósito de la (s) intervención (s) quirúrgica (s) o procedimiento (s) especial (s), también me ha informado acerca de las ventajas, complicaciones, molestias, posibles alternativas y riesgos mas (sic) probables en particular los siguientes (1) Dolor (2) Infección (3) Inflamación (4) Puede requerir retoque donde ejcco (sic) (5) Fístula del líquido cefalorraquídeo y (6) problemas inherentes a anestesia y metabólicos.*

*Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas ellas han sido contestadas satisfactoriamente; así mismo (sic) se me ha explicado que no es posible garantizar los resultados esperados con mi intervención.*

*3.- Entiendo que en el curso de la intervención quirúrgica o procedimiento especial pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran procedimientos adicionales. Por lo tanto, autorizo la realización de estos procedimientos si resultan necesarios.*

*4.- Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blan (sic) han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento."<sup>15</sup> (Se subraya).*

f) El 22 de febrero postrero, Viviana Serrano Macías (Q.E.P.D.) diligenció otro formulario relativo a la autorización de intervenciones quirúrgicas, anestесias o procedimientos especiales, mediante el cual

<sup>13</sup> PDF 001Demanda; fl. 80.

<sup>14</sup> PDF

<sup>15</sup> 001 Demanda; fls. 80-81.



autorizó al Dr. Luis Eduardo Fandiño y a sus asistentes para adelantar la "CX Endoscópica Transnasal bil + septo + mentoplastia + rinoplastia"<sup>16</sup> que se llevaría a cabo el viernes 25 de febrero de 2011, en la Unidad Quirúrgica Los Alpes Ltda. A su vez, manifestó que entendía la ocurrencia de situaciones imprevistas que requirieran procedimientos adicionales, los cuales autorizaba en igual manera.

Aquel día, también agregó:

*"(...) El Doctor Corrales me ha explicado la naturaleza y propósitos del acto médico, así como de las ventajas, posibles alternativas, molestias y riesgos, en particular las siguientes: Nausea, vómito, escalofrío, alergias sorpresivas y he podido efectuar las preguntas relacionadas con dichos actos las cuales han sido respondidas en forma satisfactoria; así mismo (sic) me ha explicado que no es posible garantizar los resultados esperados del acto médico.*

(...)

*5. Mi médico queda autorizado para ordenar la disposición final de los componentes anatómicos que sean retirados de mi cuerpo, previa toma de muestras o partes adecuadas con destinos a exámenes anatomopatológicos cuya practica solicito a mi costa, si ello fuera necesario.*

*6. Declaro que he sido advertido de que la práctica de la intervención o procedimiento que requiero compromete una actividad médica de medio y por esta razón no se pueden garantizar los resultados.*

(...)"<sup>17</sup> (Énfasis de la Sala).

g) Se previó que su duración oscilaría entre las tres horas y media, porque una hora treinta se destinaria para la cirugía endoscópica transnasal bilateral, incluida la septoplastia y turbinoplastia; otra, para la mentoplastia con implante y la última, a fin de atender la rinoplastia<sup>18</sup>; paralelamente, el perfil de la cirugía se clasificó de tipo 2<sup>19</sup>.

De lo anterior se infiere que la intervención atendía a un tratamiento funcional, destinado a mejorar una situación que padecía Viviana Serrano Macías (Q.E.P.D.) por un lapso superior a siete años, que condujo a varias afectaciones, entre ellas, dificultad en la respiración, imposibilidad de

---

<sup>16</sup> 001 Demanda; fls. 82.

<sup>17</sup> PDF 001 Demanda; fls. 82.

<sup>18</sup> 001 Demanda; fls. 83.

<sup>19</sup> 001 Demanda; fls. 83-84.



sellado labial, retrognatismo, hipergonia, engrosamiento de los senos maxilares y esfenoidales, ocupación de material en tejidos blandos, al igual que obstrucción en las unidades ostiomentales. De igual forma, no se garantizó un resultado, pues se informó que se trataba de una actuación de medio, supeditada a la ocurrencia de circunstancias imprevistas que reclamaran intervenciones adicionales, molestias o riesgos previamente advertidos.

En consecuencia, bajo ese panorama debe valorarse el actuar de los galenos que procuraron la atención de la paciente, así como de las instituciones prestadoras del servicio de salud y la responsabilidad que puede asistirle a la aseguradora que extendió la cobertura médica.

No llama a duda que el médico Luis Eduardo Fandiño Franky fue quien practicó el procedimiento y para ese entonces, se presentaba como médico odontólogo, otorrinolaringólogo y cirujano maxilofacial, conforme se observa en el "*PERMISO PARA INTERVENCIÓN QUIRURGICA O PROCEDIMIENTO ESPECIAL*"<sup>20</sup>, en cuyo texto refirió ser "*MEDICO ODONTÓLOGO*", "*CIRUGÍA MAXILOFACIAL*", "*OTORRINOLARINGOLOGÍA*", "*CIRUGIA ESTÉTICA FACIAL*" e "*IMPLANTOLOGÍA DENTAL*"<sup>21</sup>.

Incluso, el citado profesional describió su trayectoria como especialista en cirugía oral y maxilofacial de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud<sup>22</sup>, junto con la titulación como otorrinolaringólogo<sup>23</sup>. Durante el interrogatorio que le fuere practicado por el *a quo* señaló que era "*(...) doctor en medicina y cirugía de la Universidad Javeriana, doctor en odontología de la Universidad Nacional, cirujano oral y maxilofacial de la Fundación Universitaria de la Salud, Facultad de Medicina, otorrinolaringólogo de la Universidad Javeriana y he sido profesor de la*

---

<sup>20</sup> PDF 001 Demanda; fls. 81.

<sup>21</sup> PDF 001 Demanda; fls. 81.

<sup>22</sup> PDF 020ContestacionDemanda; fl. 34.

<sup>23</sup> PDF 020ContestacionDemanda; fl. 35.



*Facultad de Medicina de la Universidad Javeriana durante más de cuarenta años, Jefe del Servicio de cirugía cráneoorbitomaxilofacial durante unos doce años, en el Instituto Neurológico de Colombia y también, en la Facultad de Odontología de la Universidad Javeriana, he sido Jefe de cirugía y profesor (...)”<sup>24</sup>.*

En relación con los procedimientos practicados a Viviana Serrano Macías (Q.E.P.D.) explicó que se trató de *“la cirugía endoscópica de nariz, cirugía y senos paranasales, la cual se hace en todas las estructuras de la base del cráneo que son los senos etmoidales, esfenoidales, maxilares, la fosa nasal, se endereza el tabique, se manejan los cornetes que están en una posición anómala y grandes, y se hace una osteotomía que se llama Osteotomía de Obeggezer, de deslizamiento de la mandíbula, no de la mandíbula, sino del mentón hacia adelante con los músculos que están insertados atrás para despejar la vía respiratoria a nivel de la faringe (...)”*

<sup>25</sup>.

Más adelante refirió;

*“(...) El procedimiento quirúrgico consiste en lo siguiente: uno, por la gran vascularización que hay dentro de las fosas nasales y en opciones paranasales en la base del cráneo se coloca una sustancia que produce vasoconstricción para que no sangre, esto es, anestesia, con un vaso constrictor, que es Adrenalina, se infiltra y unas torundas impregnadas de Adrenalina o de Norepinefrina o alguna cosa de esas para que no sangre. Uno introduce un endoscopio y en una pantalla gigante va viendo por dentro, va viendo por dentro, todas las estructuras, todas las fallas, todos los problemas que hay, los pólipos, los sitios de drenaje, los senos maxilares, los sitios, etcétera. Y con unos instrumentos especiales va eliminando eso que está mal, eso que está inflamado, esos pólipos, etcétera, y va enderezando el septum nasal y va arreglando los cornetes que no dejan entrar (...) Después retira uno el endoscopio y los instrumentos, ya deja de ver en la pantalla gigante la que se hizo y vuelve a lavar. Vuelve a meter el endoscopio y revisa precisamente para descartar que no haya una fístula de líquido cefalorraquídeo que es relativamente frecuente encontrarla. En este caso, no se encontró la fístula, entonces no la hubo, no la vi en la cirugía y revisa cómo están los conductos de secreción de los diferentes senos paranasales, coloca una laminita para sostener el tabique en su sitio y coloca unas esponjas para que no haya hemorragia y deja unos tubos para que el paciente pueda respirar por la nariz, porque el tapón de la nariz es terrible. Entonces, se dejan unos tubos número 6 de los mismos que usan los anestesiólogos para que el paciente pueda respirar por ahí. Acto seguido, va uno al mentón por dentro de la boca con una*

<sup>24</sup> MP4 072AudioAudienciaPruebas02-03-2023; min. 5”59”.

<sup>25</sup> MP4 072AudioAudienciaPruebas02-03-2023; min. 2”38”.



*sierra especial, lo corta y se fija que los músculos estén agarrados atrás bien, bien y desliza el mentón bien hacia adelante con los músculos que están insertados ahí todos esos músculos que le dije, digástrico, genihiideo, geniogloso, milohioideo. Y una vez que está adelante bien el mentón, lo fija con unos puntos de alambre, listo. Después viene la sutura, algún vendaje compresivo, no más.*<sup>26</sup>.

Respecto de la sinusitis padecida por Viviana Serrano Macías (Q.E.P.D.), manifestó que *“con el mismo endoscopio uno busca los sitios de drenaje de los senos y por ahí y entra con un instrumento especial y limpia los senos. Limpia, limpia, son cavidades que hay en todo el macizo Craneofacial y tiene que limpiar las estructuras que están mal. Los pólipos son simplemente la inflamación de la mucosa crónica que va llenándose de líquido por dentro y forma unas bolsas que se llaman pólipos. Todo eso debe quedar limpio, debe quedar limpio, se lava adecuadamente todo se lava, se lava, se lava y le ponen algunas drogas, algún corticoide, algún antibiótico y ya eso es lo que se hace (...)*<sup>27</sup>.

Dentro de los riesgos, informó que eran múltiples y se especificaron, conforme se indicó en el consentimiento informado, entre ellos, hemorragia, infección, problemas de inflamación, fistula de líquido cefalorraquídeo.

De igual manera, precisó que este último concierne a *“la separación entre la fosa anterior del cerebro y la fosa nasal y las estructuras etmoidales de la fosa nasal, etc., es una laminita muy delgadita de hueso, muy delgadita, que generalmente obedece, cuando se forman pólipos, a que la presión estimula unas células en el hueso que se llaman osteoblastos. La presión hace que se vaya reabsorbiendo el hueso estimulando estas células osteoblásticas y a veces desaparece esa lámina de huesito que separa ahí la fosa anterior. Es una de las complicaciones que puede presentarse, entrar a nivel del piso de la fosa anterior, y esto hace que haya una fístula de líquido cefalorraquídeo y etcétera. Puede penetrarse*

<sup>26</sup> MP4 072AudioAudienciaPruebas02-03-2023; min. 28”27” y 30”53”.

<sup>27</sup> MP4 072AudioAudienciaPruebas02-03-2023; min. 32”55”.



a la, o sea como accidente de la cirugía, se le advirtió a la paciente y otras cosas que pueden suceder en la cirugía (...)”<sup>28</sup> (Se destaca).

Con base en lo expuesto, se evidencia en la epicrisis quirúrgica que fueron reiterados los diagnósticos preoperatorios, de acuerdo con lo señalado con posterioridad a la cirugía endoscópica transnasal bilateral, septoplastia y turbonoplastia. Entre ellos, se resaltan: la sinusitis crónica no especificada, la desviación del tabique nasal y la hipertrofia de los cornetes nasales. Como hallazgos operatorios se identificó la “*OBSTRUCCIÓN DEL COMPLEJO OSTEOMEATAL DERECHO SINUSITIS ETMOIDAL BILATERAL CRONICA, CON MULTIPLES POLIPOS*”<sup>29</sup> y durante su práctica, se llevó a cabo:

*“INFILTRACIÓN DE XILOCAINA CON EPINEFRINA AL 1 CON 100.000 MEDIALIZACIÓN DE CORNETE MEDIO CAUTERIZACIÓN DE CORNETES INFERIORES MEDIALIZACIÓN DEL SEPTUM RESECCIÓN DE ABUNDANTES POLIPOS DEL COMPLEJO OSTEONATAL DERECHO ETMOIDECTOMÍA PARA RESECCIÓN DE ABUNDANTES POLIPOS DE SENOS ETMOIDALES ANTERIORES Y POSTERIORES, SE DEJA ESPONJOSTAN IMPREGNADO EN FECALOTINA PARA CONTROLAR HEMORRAGIA VENDAJE COMPRESIVO EXTERNO SE DEJAN TUBOS PARA VENTILACIÓN NUMERO 5 5 TAPONAMIENTO CON BACTIGRAS”*<sup>30</sup> (Se subraya).

Es más, se refirió complejo osteomeatal derecho, etmoides derechos, tipo de herida quirúrgica limpia, sangrado estimado<sup>31</sup>, además, se describió la remodelación de los cartílagos de la punta nasal, osteotomía de Obegesser de mentón, fijación con alambre suturas y vendaje comprensivo con esparadrapo Micropore<sup>32</sup>. También se solicitó el examen de patología del “*Complejo Osteomeatal derecho, Etmoides Derecho*”<sup>33</sup>.

En las notas de enfermería, fue consignado que a las 7:45 a.m. se inició el procedimiento quirúrgico de mentoplastia por osteotomía y a las 8:45 a.m. se terminó; luego, se abordó la cirugía endoscópica transnasal que

<sup>28</sup> MP4 072AudioAudienciaPruebas02-03-2023; min. 12”30”.

<sup>29</sup> PDF 001Demanda; fl. 96.

<sup>30</sup> PDF 001Demanda; fl. 96.

<sup>31</sup> PDF 001Demanda; fl. 96.

<sup>32</sup> PDF 001Demanda; fl. 97.

<sup>33</sup> PDF 001Demanda; fl. 101.



a las 9:35 a.m. finiquitó con la turbinoplastia; y, la rinoplastia, a las 10:05 a.m., tras la culminación, se limpiaron las secreciones, fue extubada, la pasaron a la camilla y la trasladaron a recuperación<sup>34</sup>.

Seguidamente, a las 10:15 a.m. la entregaron en recuperación, despertó de anestesia general con *“heridas quirúrgicas en nariz más taponamiento nasal más tubo de ventilación, vendaje externo de Micropore y férula nasal, gasa recolectora, heridas quirúrgicas propias de mentoplastia más vendaje externo de Micropore, líquidos endovenosos en miembros superior derecho pasando lactato de ringer”*<sup>35</sup>. A las 11:00 a.m., se le observó gemir y con episodios de apnea, aunado a que le fue informado al Dr. Vega que la paciente refería sentimientos de muerte, de quererse morir<sup>36</sup>.

Cincuenta y cinco minutos después, se describió que no quería respirar ni hablar, cuando pasó la mamá para conversar con ella, la reconoció. La madre, en esa ocasión refirió que su hija era muy nerviosa y que podía calmarla; no obstante, durante la visita, Viviana (Q.E.P.D.) presentó un periodo de apnea que fue superado inmediatamente y tras la salida de la señora madre del servicio, la paciente rio porque se había asustado<sup>37</sup>.

En la evolución – ordenes médicas- de la UQLA, llama la atención que a las 11:00 a.m., luego de haberse finalizado los procedimientos relacionados, presentó un rash en tórax y abdomen superior, sumado a un broncoespasmo, que se determinó en posible anafilaxis, los cuales desaparecieron a continuación<sup>38</sup>. De igual manera, se indicó que a las 11:55 a.m. tuvo un cuadro semejante a crisis conversiva, del que se recuperó cuando le realizaron una tracción mandibular y le hicieron

---

<sup>34</sup> 001 Demanda; fls. 90.

<sup>35</sup> 001 Demanda; fls. 90.

<sup>36</sup> 001 Demanda; fls. 90.

<sup>37</sup> 001 Demanda; fls. 90

<sup>38</sup> PDF 001Demanda; fl. 94.



apertura de la vía aérea; sin embargo, por lo acontecido, fue solicitado su traslado en ambulancia medicalizada<sup>39</sup>.

A las 12:30 p.m. figura que estaba agitada y agresiva, se trató de tranquilizar, puso la cara contra el colchón de la camilla<sup>40</sup>. Un cuarto de hora posterior, la refirieron más calmada; sin embargo, era valorada constantemente por los Doctores Vega y Fandiño; aun así, fue prevista su remisión para ser valorada en Clínica<sup>41</sup>. Transcurridos cincuenta minutos, llegó el galeno tratante, la paciente despertó, inició una situación de agitación, no accedió al cambio del vendaje de la cara, se le aspiraron secreciones orales con contenido de sangre, sus pupilas eran isocóricas, sacó un poco los tubos nasales, se agitó y comenzó a gritar, por lo que le dieron continuidad a la remisión<sup>42</sup>.

A las 13:40, cuando habían sido cambiadas las vendas del mentón, presentó un nuevo estado de agitación, aspiraron secreciones orales y fue valorada en conjunto con el Dr. Vega<sup>43</sup>. A los diez minutos<sup>44</sup>, tuvo una "*convulsión tónico clónica generalizada*"<sup>45</sup> y el Dr. Villota realizó intubación orotraqueal, le fueron aspiradas las secreciones orales con distintas sondas y se requirió el traslado al Country<sup>46</sup>.

A las 14:10, fue llevada a la sala de cirugía, el equipo de anesthesiólogos y enfermeros la conectaron a la máquina de anestesia para soporte ventilatorio<sup>47</sup>. A las 19:35 llegó la ambulancia, fue entregada y salió del servicio de cirugía pasados treinta minutos<sup>48</sup>.

La evolución – órdenes medicas- también reportó que a las 13:50 padeció una crisis convulsiva tónico clónica generalizada en la que se indicó la

---

<sup>39</sup> PDF 001Demanda; fl. 94.

<sup>40</sup> 001 Demanda; fls. 91

<sup>41</sup> 001 Demanda; fls. 90

<sup>42</sup> 001 Demanda; fls. 91

<sup>43</sup> 001 Demanda; fls. 90

<sup>44</sup> 13:50 de 25 de febrero de 2011.

<sup>45</sup> 001 Demanda; fls. 91.

<sup>46</sup> 001 Demanda; fls. 91

<sup>47</sup> 001 Demanda; fls. 91

<sup>48</sup> 001 Demanda; fls. 92.



necesidad de intubarla de modo orotraqueal para mantener la relajación muscular y, por ello, fue llevada a las salas de cirugía. Allí se conectó a la máquina de anestesia para soporte ventilatorio, le fue pasado un catéter central yugular interno derecho, una sonda vesical, un goteo de Fentanil y Midazolam (para mantener sedación). Aunado a ello, se previó su traslado en ambulancia medicalizada, a fin de tomarle un TAC cerebral, ser valorada por neurología y/o neurocirugía, además, de darle manejo en UCI<sup>49</sup>.

A las 18:00, despertó espontáneamente; por ello, se le aumentó la dosis de Fentanil y Midazolam para evitar pujo, que podía elevar la presión intracraneana, así como comprometer la perfusión cerebral. De la misma manera, se previó tomar TAC cerebral y determinar la causa de la convulsión antes de extubarla<sup>50</sup>.

Ese día, fueron elaboradas dos órdenes de referencia a las 13:00 horas, con el diagnóstico P.O.P. de Cx nasal endoscópica, mentoplastia (osteotomía) y rinoplastia. En una de ellas, en el resumen de complicaciones se consignó que: “[e]n sala de recuperación comienza a presentar cuadro de síndrome conversivo, pupilas isocóricas, no signos de focalización”<sup>51</sup> (Se resalta), motivo por el cual requería manejo especializado por psiquiatría y transporte en ambulancia medicalizada, la cual fue suscrita por la enfermera de turno, Astrid Llorente, el médico Fandiño y el anestesiólogo, Dr. Vega<sup>52</sup>.

En la otra, el Dr. Douglas Leal reiteró el diagnóstico del posoperatorio y como situaciones adversas refirió que: “[e]n sala de recuperación comienza a presentar cuadro de síndrome convulsivo, pupilas isocóricas, no signos de focalización”<sup>53</sup> (Se subraya). La razón del traslado era darle “[m]anejo especializado por neurología, neurocirugía y UCI trasladar en

---

<sup>49</sup> PDF 001Demanda; fl. 94.

<sup>50</sup> PDF 001Demanda; fl. 95.

<sup>51</sup> 001 Demanda; fls. 93

<sup>52</sup> 001 Demanda; fls. 93

<sup>53</sup> PDF 001Demanda; fl. 102.



ambulancia medicalizada"<sup>54</sup> (Énfasis propio). En esta ocasión se signó por el mismo personal.

De otra parte, en la historia clínica de ingreso a la Clínica del Country de 25 de febrero, a las 23:42, fue reportado como motivo de consulta las causas que originaron la "convulsión"; el eritema en la piel del tórax, asociado tanto a la disnea como a las sibilancias, con posterioridad al manejo dado con Dexametasona, Hidrocortisona, Adrenalina subcutánea; al recibimiento de Cefazolina, Dipirona y Diclofenaco en el transoperatorio; la manifestación de los episodios de agitación y la convulsión tónico clónica<sup>55</sup>.

El concepto y plan de tratamiento fue el de atender la posible reacción alérgica a medicamentos y agitación por adrenalina. Le fue practicado el TAC cerebral, cuyo resultado fue normal, los paraclínicos de ingreso que no demostraron alteraciones, salvo por la creatinina pues presentaba una ligera elevación. También, le fue retirada la sedación para extubar y continuar vigilancia neurológica<sup>56</sup>.

A las 21:41, como concepto y plan de tratamiento a la crisis convulsiva acaecida después del procedimiento endoscópico, acompañado de agitación psicomotora y al estado de sedación, el médico Cifuentes Lobelo, neurocirujano, le prescribió un TAC cerebral simple, llevarla a la UCI de adultos, practicarle una radiografía de tórax, cuadro hemático, creatinina sérica, magnesio, nitrógeno ureico, potasio sérico, SGOT, SGPT, sodio sérico, gases arteriales y fósforo sérico<sup>57</sup>.

En la terapia respiratoria que le fue proporcionada a las 22:00, la profesional narró en la historia clínica que:

---

<sup>54</sup> PDF 001Demanda; fl. 102.

<sup>55</sup> PDF 001Demanda; fl. 137.

<sup>56</sup> PDF 001Demanda; fl. 117.

<sup>57</sup> PDF 001Demanda; fl. 123.



"(...) SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, CONECTADA A VENTILACION MECANICA EN MODO BILEVEL, CON PARAMETROS REGISTRADOS, CON TOT # 7 FIJO EN COMISURA 22 CMS, AL EXAMEN FISICO DEL TORAX CON PATRON RESPIRATORIO COSTALS SUPERIOR, RITMO REGULAR, EXPANSION SIMETRICA, AMPLITUD PROFUNDA, BAJO EFECTOS DE SEDACION, RASS -2, CON DESPERTAR CON AGITACION, CON PRESENCIA DE TUBOS DE DRENAJE EN COANAS CON SALIDA DE MATERIAL SANGUINOLENTO EN MODERADA CANTIDAD, A LA AUSCULTACION PULMONAR NO PRESENTA SOBREGREGADOS, REALIZO INSTILACION DE SOLUCION SALINA POR TOT + SUCCION POR TOT + SUCCION POR BOCA, CON EL OBJETIVO DE PERMEABILIZAR LA VIA AEREA, SE OBTIENEN SECRECIONES SANGUINOLENTAS SEMIFLUIDAS ABUNDANTES POR TOT Y POR BOCA, A LA AUSCULTACION POSTERIOR SIN SOBREGREGADOS, CONTINUA CON IGUAL SOPORTE VENTILATORIO, PACIENTE TOLERA EL PROCEDIMIENTO, EXPLICO A LA PACIENTE ACERCA DEL PROCEDIMIENTO A REALIZAR (...)"<sup>58</sup> (Se resalta).

En la escanografía cerebral simple<sup>59</sup> el radiólogo señaló que "(...) en equipo multi corte de 64 canales se realizó adquisición volumétrica con cortes múltiples desde la base del cráneo hasta el vértex con ventana para tejidos blandos con los siguientes hallazgos (...) Los coeficientes de atenuación de las diferentes estructuras supra e infra-tentoriales son normales, hay buena diferenciación cortico-subcortical, no más lesiones isquémicas, hemorrágicas ni calcificaciones patológicas (...) El espacio subaracnoideo y el sistema ventricular tiene morfología normal no hay evidencia de hidrocefalia. (...) A nivel de estructuras óseas se observa fractura en la pirámide nasal, las celdillas etmoidales y el antro maxilar derecho se encuentran ocupados por imagen hipodensa con presencia de nivel líquido probablemente por origen hemático."<sup>60</sup> (Se resalta). Y se concluyó que estaba dentro de los límites normales, había fractura de huesos propios y hemoseno.<sup>61</sup>

Al día siguiente, a la 1:53 a.m., en la UCI de adultos, la nota de enfermería dio cuenta de la incapacidad de la paciente para mantener la ventilación espontánea, su estado de sedación, la saturación en 97% y la presencia de "secreciones por nariz muco sanguinolentas abundantes"<sup>62</sup>. Le fue ordenado seguimiento neurológico cada hora, higiene bronquial, medición

---

<sup>58</sup> PDF 001Demanda; fls. 134.

<sup>59</sup> Se practicó el 25 de febrero de 2011.

<sup>60</sup> PDF 001Demanda; fl. 138.

<sup>61</sup> PDF 001Demanda; fl. 138.

<sup>62</sup> PDF 001Demanda; fl. 133.



de la saturación, monitoreo electrocardiográfico, medición de temperatura, prevención de lesiones de piel, entre otras<sup>63</sup>.

A las 2:30 a.m., la terapeuta respiratoria agrega lo siguiente:

"(...) TUBOS DE DRENAJE EN COANAS CON SALIDA DE MATERIAL SANGUINOLENTO EN MODERADA CANTIDAD, A LA AUSCULTACION PULMONAR NO PRESENTA SOBREGREGADOS, REALIZO INSTILACION DE SOLUCION SALINA POR TOT + SUCCION POR TOT + SUCCION POR BOCA, (NO SE REALIZA HIGIENE ORAL CON CLORHEXIDINA PORQUE LA PACIENTE NO TIENE ELEMENTOS DE ASEO), CON EL OBJETIVO DE PERMEABILIZAR LA VIA AEREA, SE OBTIENEN SECRECIONES SANGUINOLENTAS SEMIFLUIDAS ABUNDANTES POR TOT Y POR BOCA, A LA AUSCULTACION POSTERIOR SIN SOBREGREGADOS, CONTINUA CON IGUAL SOPORTE VENTILATORIO, PACIENTE TOLERA EL PROCEDIMIENTO, SE CUMPLE EL OBJETIVO (...)"<sup>64</sup>.

Y en la práctica de las 5:20 a.m., incorpora RASS de 0 y la presencia de "DE TUBOS DE DRENAJE EN COANAS, A LA AUSCULTACION PULMONAR NO PRESENTA SOBREGREGADOS, REALIZO INSTILACION DE SOLUCION SALINA POR TOT + SUCCION POR TOT + SUCCION POR BOCA, CON EL OBJETIVO DE PERMEABILIZAR LA VIA AEREA, SE OBTIENEN SECRECIONES SANGUINOLENTAS SEMIFLUIDAS ABUNDANTES POR TOT Y POR BOCA, A LA AUSCULTACION POSTERIOR SIN SOBREGREGADOS, POR ORDEN VERBAL DEL DR PERNETT SE REALIZA PRUEBA DE FUGA POSITIVA, TOBIN: 11, TI/TOT: 0.28, SE REALIZA EXTUBACION PROGRAMADA, DEJO CON OXIGENO SUPLEMENTARIO DADO POR MASCARA SIMPLE A 5 LT POR MINUTO, SATURANDO 95%, PACIENTE TOLERA EL PROCEDIMIENTO, SE CUMPLE EL OBJETIVO, EXPLICO A LA PACIENTE ACERCA DEL PROCEDIMIENTO A REALIZAR, SE TORNA AGITADA Y AGRESIVA."<sup>65</sup> (Se subraya).

Luego, a las 8:17 a.m., le fue diagnosticada "[i]nsuficiencia pulmonar aguda consecutiva a cirugía extratorácica - (j952) (J952)"<sup>66</sup>, la valoración permitió concluir que estaba "(...) en buenas condiciones general afebril hidratado, con equimosis periorbitaria y edema libre de crisis, alerta

<sup>63</sup> PDF 001Demanda; fl. 133.

<sup>64</sup> PDF 001Demanda; fls. 134.

<sup>65</sup> PDF 001Demanda; fls. 134.

<sup>66</sup> PDF 001Demanda; fl. 123.



*orientada en persona y espacio, presenta periodos de ansiedad, pares Normales Motor: No déficit motor ni sensitivo*<sup>67</sup>; en el TAC cerebral "(...) no se evidenci[ó] sangrado ni lesiones ocupando espacio ni lesiones de la Base del cráneo"<sup>68</sup> y por ello, se indicó como destino hospitalizarla para tratamiento adulto<sup>69</sup>.

Poco más de dos horas subsiguientes, fue reiterado el diagnóstico de "[i]nsuficiencia pulmonar aguda consecutiva a cirugía extratorácica"<sup>70</sup> y se destacó haberse controlado la reacción alérgica, así como su traslado a piso<sup>71</sup>. En la hora de las 10:39 con un Glasgow de 13/15 (herramienta de evaluación neurológica utilizada para medir el nivel de conciencia de un paciente y determinar un daño de esa especie en pacientes con trauma) y a las 19:22, fue examinada por psiquiatría<sup>72</sup>.

En la terapia de las 20:30, se describe su saturación con 98% y "*PATRON RESPIRATORIO COSTAL ALTO, RITMO REGULAR, EXPANSION SIMETRICA, A LA AUSCULTACION CON MOVILIZACION DE SECRECIONES EN VIA AEREA SUPERIOR, Y OCASIONALES RONCUS BILATERALES COMO TRATAMIENTO CON EL OBJETIVO DE AYUDAR A DISMINUIR EDEMA DE LA VIA AEREA POR MEDIO DE LA ADMINISTRACION DEL MEDICAMENTO SE EXPLICA PROCEDIMIENTO Y EFECTOS SECUNDARIOS DADOS POR RESEQUEDAD OROFARINGEA SE REALIZA NEBULIZACION CON 2 CC SSN + 1 RASPULA DE PULMICORT PROCEDIMIENTO TOLERADO DEJO PACIENTE ESTABLE DEJO CON IGUAL SOPORTE DE OXIGENO A LA AUSCULTACION POSTERIRO SIN CAMBIOS SE CUMPLE EL OBJETIVO.*"<sup>73</sup> (Se subraya).

A las 20:51, presentó un "(...) cuadro de disnea secundario a secreciones bucales taponamiento nasal sin sangrado no agregados cardio

---

<sup>67</sup> PDF 001Demanda; fl. 123.

<sup>68</sup> PDF 001Demanda; fl. 123.

<sup>69</sup> PDF 001Demanda; fl. 123.

<sup>70</sup> PDF 001Demanda; fl. 124.

<sup>71</sup> PDF 001Demanda; fl. 124.

<sup>72</sup> PDF 001Demanda; fl. 124.

<sup>73</sup> PDF 001Demanda; fl. 133-134



*pulmonares snc sin déficit (sic) con agitación (sic) psicomotora resto examen físico normal plan se ordena terapia (sic) respiratoria avanzada (sic) con budesonida en numero de 2 y por médico tratante aquineton 5mg iv ahora más clonazepam 6 gotas ahora via oral se espera respuesta a tratamiento resto igual”<sup>74</sup>.*

A las 22:15 se le practicó otra terapia respiratoria, en la que aconteció lo que a continuación se cita:

“(...) SE ATIENDE LLAMADO DE ENFERMERIA PARA REALIZAR SUCCION Y COLOCAR CANULA DE MAYO, PACIENTE CONTINUA DIAFORETICA HIPERVENTILADO, SE EXPLICA PROCEDIMIENTO A PACIENTE A REALIZAR SE INTENTA COLOCAR CANULA DE MAYO Y SUCCIONAR, PACIENTE POCO COLABORADORA, LA CUAL MUERDE LA SODA SE SUCCION Y NO DEJA REALIZAR SUCCION A PESAR DE VARIOS INTENTOS Y EXPLICAR A PACIENTE DE LA IMPORTANCIA, SE INTENTA TAMBIEN COLOCAR CANULA DE MAYO POR ORDEN MEDICA PACIENTE NO ABRE LA BOCA LA MANTIENE CERRADA Y HACE RESISTENCIA DE CON DENTADURA, PACIENTE QUE ESCUPE DURANTE LA INTERVENCION SE EXPLICA AL HERMANO QUE SI ELLA NO COLABORA ES MUY DIFICIL, REALIZAR PROCEDIMIENTOS QUEDA PACIENTE CON SOPORTE DE OXIGENO POR MASCARA SIMPLE A 5LPM, SE INFORMA A LA JEFE DEL SERVICIO DE LO SUCEDIDO.(...)”<sup>75</sup> (Énfasis propio).

El 27 de febrero de 2011, a las 2:30 a.m., se le realizó otra terapia respiratoria, no contaba con signos de dificultad respiratoria y estaba soportada con oxígeno, máscara simple a 5LPM, escasa movilización de secreciones en vía aérea superior y roncus ocasionales bilaterales, se le hizo nebulización con 2cc ssn y 1 raspula de pulmicort, que fue tolerado por ella<sup>76</sup>.

A la hora de las 4:49 a.m. de 27 de febrero de 2011, se insistió en el diagnóstico precitado<sup>77</sup>, fue plasmada una nota de reanimación cardiopulmonar<sup>78</sup> y se elaboró esta descripción:

*“Aprox. 3:55 am medico hospitalario de pisos me informa que lo están llamando por código A en 6o piso de hospitalización y me solicita acompañarlo. Subimos inmediatamente a la habitación de la paciente donde encontramos a la paciente*

---

<sup>74</sup> PDF 001Demanda; fl. 125.

<sup>75</sup> PDF 001Demanda; fl. 133.

<sup>76</sup> PDF 001Demanda; fl. 133.

<sup>77</sup> PDF 001Demanda; fl. 125.

<sup>78</sup> PDF 001Demanda; fl. 125.



*acompañada de personal de enfermería quienes informan que no encuentran signos vitales. La paciente está en decúbito dorsal en su cama, inconsciente, sin respuesta a estímulos, sin respiración y sin pulsos.*

*Iniciamos inmediatamente compresiones torácicas de alta calidad (con tabla rígida bajo el tórax de la paciente) y se monitoriza inmediatamente con palas de desfibrilador encontrando asistolia. Continúa inmediatamente la RCP siguiendo algoritmo de paro no desfibrilable con RCP de alta calidad rotando compresores cada 2 minutos, adrenalina 1 mg IV cada 3 a 5 minutos, intubación orotraqueal (tubo 7, un solo intento, confirmado mediante auscultación de 5 puntos) y ventilación con O2 al 100%, monitoreo, bolo de cristaloides tibios y búsqueda de causa posible mediante nemotecnia 5 Hs y 5Ts, examen físico, revisión de historia clínica e interrogatorio al personal de enfermería.*

*Cada 2 minutos se reevalúa el ritmo encontrando persistentemente en asistolia.*

*Mientras continúa la reanimación se descarta clínicamente neumotórax a tensión y taponamiento cardíaco. Se descarta hipoglicemia mediante glucometría. Se maneja empíricamente hipoxemia, hipovolemia, hipotermia. Interrogatorio revela historia de sospecha de reacción alérgica en postoperatorio de rinoplastia y resección de pólipos nasales. Ha recibido antibióticos, analgesia opiácea y sedación. Se considera baja probabilidad de síndrome coronario agudo, hiper o hipokalemia, acidosis metabólica.*

*Se solicita apoyo a intensivista de turno quien se hace presente y colabora en la revisión de causas posibles y está de acuerdo en medidas aplicadas en la reanimación.*

*En una sola oportunidad se detecta una muy dudosa fibrilación ventricular fina practicando una desfibrilación de 200 joules bifásico seguido de RCP pero chequeo de ritmo a los 2 minutos muestra asistolia persistente.*

*Durante la reanimación se indica a enfermería avisar a los médicos tratantes.*

*A los 30 minutos de reanimación, habiendo practicado RCP ininterrumpida de alta calidad, intubación orotraqueal confirmada y ventilación con oxígeno al 100%, aplicación de adrenalina 1 mg cada 3 a 5 minutos 7 dosis, búsqueda activa de ritmo desfibrilable, con asistolia persistente, y sin haber encontrado una causa corregible, decidimos en conjunto que la paciente ha fallecido y que no se deben continuar los esfuerzos de reanimación.*

*Se declara la muerte a las 4:30 am informando al hermano de la paciente.<sup>79</sup> (Sic).*

En la apreciación retrospectiva, la enfermera sostuvo que a las 22:30, la paciente estaba en compañía de su hermano y su actitud era "(...) irritable, ansiosa, con rigidez generalizada, agitada, diaforética, con palidez cutánea generalizada, hiperventilando, con esfuerzo respiratorio, moviliza secreciones, con máscara simple a 5 lt, taponamiento en ambas fosas nasales con sangrado escaso, ya que la paciente por si misma se golpea, se canaliza en tres ocasiones ya que ella misma se retira acceso

---

<sup>79</sup> PDF 001Demanda; fl. 125-126.



venoso. Familiar angustiado, ansioso, por lo que llamó a médico hospitalario para valoración, quien solicita a terapia succionar flemas y colocar cánula de mayo para mejorar trabajo respiratorio, paciente poco colaboradora, agitada, quien no permite que se le realicen procedimientos”<sup>80</sup> (Sic), que ese mismo comportamiento se evidenció a las 23:00 y tras la administración de medicamentos, sin que ante tales hallazgos, se pregunta la Sala, se hubiese contemplado la posibilidad de reingresarla a la UCI; la 1:30 a.m. estaba más tranquila, durmiendo, menos agitada<sup>81</sup>.

Por todo lo sucedido, se llevó a cabo una junta médica ese mismo día, a las 9:13 a.m. y llegaron a la conclusión de que no existía ningún diagnóstico claro que les permitiera establecer la causa del fallecimiento. Bajo ese tenor, vieron la necesidad de practicar una necropsia, con la aquiescencia de la familia de Viviana Serrano Macías (Q.E.P.D.)<sup>82</sup>.

De otra parte, el 28 de febrero 2011, a las 9:08 a.m., el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses rindió informe pericial de necropsia No 2011010111001000816 sobre el cuerpo de Viviana Serrano Macías (Q.E.P.D.) y tras resumir los hechos acaecidos, la hora del deceso, fue hallado lo siguiente:

*"Mujer adulta joven de contextura delgada, aspecto cuidado.  
Ausencia de signos de violencia recientes.  
Traumatismo contundente subagudo leve en las extremidades.  
Huellas de intervención médico-quirúrgica:  
-edema y equimosis facial.  
-taponamiento nasal bilateral.  
-material hemostático con fosas y meatos nasales.  
-incisiones de osteotomía en huesos propios nasales bilateral y maxilar superior derecho.  
-incisiones de osteotomía en mandíbula y material de osteosíntesis asociado.  
Laceración de la lámina cribosa derecha del etmoides.  
Laceración del cerebro en el lóbulo frontal derecho.  
Edema cerebral.  
Pulmón de choque, bilateral.  
Gestión visceral.”<sup>83</sup> (Énfasis propio).*

<sup>80</sup> PDF 001Demanda; fls. 129-130.

<sup>81</sup> PDF 001Demanda; fls. 129-130.

<sup>82</sup> PDF 001Demanda; fl. 127.

<sup>83</sup> PDF 001Demanda; fl. 140.



Adicionalmente, identificó como mecanismo de muerte: "*Edema cerebral por laceración del cerebro en el lóbulo frontal derecho **secundario a procedimiento quirúrgico nasal***" y causa básica de muerte, la complicación del procedimiento quirúrgico nasal<sup>84</sup>.

En el examen interior cabeza y sistema nervioso central se indicó que la galia y el pericráneo no tenían lesiones ni colecciones; respecto del cráneo, se identificó la presencia de:

*"(...) [U]na laceración de la lámina cribosa del hueso etmoides derecho, mide 1.1 x 0.6cm, que comunica la cavidad craneana con los meatos nasales. Hay en los meatos nasales material sintético de hemostasia que protruye hacia el orificio de la lámina cribosa derecha en la cavidad craneana.*

*Se observan huellas de intervención médico quirúrgica dadas por incisiones de osteotomía verticales huesos propios nasales y hueso maxilar derecho. Se reconoce una lámina de material plástico colocada en la línea media, sustentando el cartílago del septo nasal.*

*La mandíbula presenta osteotomía simétricas bilaterales en la parte anterior, y material de osteosíntesis fijando los segmentos.*

*MENINGES Y ENCEFALO: Meninges. Presenta una laceración de la duramadre y aracnoides en la fosa anterior, inmediatamente por encima de la lámina cribosa del etmoides derecho, mide 1 x 0.5cm.*

*Los vasos del polígono de Willis no presentan placas de ateroma, malformaciones ni lesiones.*

*Encéfalo, peso: 1321gr. El cerebro muestra aplanamiento de las circunvoluciones y estrechez de los surcos. Presenta una laceración de la cintilla olfatoria derecha y del lóbulo frontal subyacente que mide 0.8 x 0.5cm de superficie y 3.5cm de profundidad. Cerebro, cerebelo y tronco encefálico de configuración usual.*

*Se deja fijando el encéfalo en formol.<sup>85</sup> (Se resalta).*

En el informe de neuropatología 046-2011 se identificó como diagnóstico final la laceración fronto-orbitaria derecha<sup>86</sup>.

3. Por otra parte, se observa que el Comité de Calidad del Caso Clínico Paciente Viviana Serrano Macías de la Unidad Quirúrgica Los Alpes, el 2

<sup>84</sup> PDF 001Demanda; fl. 141.

<sup>85</sup> PDF 001Demanda, fl. 142 y 143.

<sup>86</sup> PDF 001Demanda; fl. 140.



de marzo de 2011, aludió a que no se había registrado ninguna complicación en la intervención quirúrgica. En la revisión de los estándares de calidad del caso verificó la valoración, el diligenciamiento del consentimiento informado, el cumplimiento de todos los protocolos antes del procedimiento y durante el mismo, las medidas de asepsia, antisepsia, antiembólicas, de protección ocular, posición, zonas de presión, técnica anestésica general, el posoperatorio, en el que se detectó la evolución anormal de la paciente y evidenció el establecimiento de todas las precauciones para protegerla<sup>87</sup>.

En su análisis, además, citó:

*"(...) [D]espués de procedimiento quirúrgico sin complicación aparente presenta en el PP a los 45 minutos de estar extubada comportamiento anormal y agresivo interpretado como crisis conversiva. Por lo cual se decide previa consulta telefónica a un psiquiatra la remisión de la paciente a institución que cuente con servicio de psiquiatría.*

*Aproximadamente 2 horas después se evidencia una convulsión tonicoclónica por lo que se decide intubar a la paciente para proteger la vida aérea y establecer medidas de protección cerebral que incluyan sedación, ventilación mecánica, cabecera a 30° ante la sospecha de lesión neurológica secundaria al procedimiento endoscópico de senos paranasales. Se cambia la remisión para UCI y manejo por neurocirugía y neurología clínica.*

*Después de la revisión de la historia clínica y teniendo en cuenta las consideraciones anteriores el comité opina que el manejo dado al caso en la unidad quirúrgica los Alpes fue pertinente, oportuno y buscó la seguridad de la paciente<sup>88</sup> (Se destaca).*

4. En comunicación del 18 de abril de 2011, la jefe de hospitalización, la coordinadora de gestión y la médica auditora de calidad de la Clínica del Country le informaron a la profesional de auditoría adscrita a la Dirección de Indemnizaciones de Allianz Colseguros, entre otras, que tras ser admitida la paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos para vigilancia respiratoria y neurológica, haberle realizado la tomografía cerebral simple, se encontraron muestras compatibles con su posoperatorio inmediato, como la fractura de los huesos propios y hemoseno<sup>89</sup>.

---

<sup>87</sup> PDF 001Demanda; fl. 149-150.

<sup>88</sup> PDF 001Demanda; fl. 150.

<sup>89</sup> PDF 001Demanda; fl. 153..



Adicionalmente, señalaron que "(...) fue valorada por el especialista en neurocirugía, quien consideró que -de acuerdo a los hallazgos clínicos y paraclínicos del momento- no había evidencia que el cuadro presentado por la paciente se correlacionaba con una eventual complicación del procedimiento quirúrgico (...) la paciente evolucionó satisfactoriamente, sin evidencia de deterioro neurológico, por lo que el día siguiente se decidió la actuación y el traslado a piso"<sup>90</sup>.

Aseveraron que, desde el ingreso a esa institución, se había procurado una vigilancia estrecha a la paciente para evaluar posibles complicaciones de la cirugía extramural, la cual fue descartada con las imágenes y la valoración especializada. El tratamiento médico fue adecuado, racional, integral, oportuno y pertinente, pues ante la incertidumbre de la causa eficiente de la muerte, en cumplimiento del mandato legal, fue prevista la autopsia a cargo del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses<sup>91</sup>.

La Universidad Nacional de Colombia, el 4 de junio de 2013, remitió al Director de Departamento de Cirugía de la Facultad de Medicina, la respuesta que el grupo de otorrinolaringología le dio al caso, en el que refiere:

*"1. La complicación de la cirugía es sospechada en el posoperatorio inmediato y se remite institución de tercer nivel para diagnóstico y manejo. Como se ve en los artículos que se adjuntan la complicación intracraneal es inherente a la cirugía de senos paranasales, en la serie de Stankewicks 20% de las complicaciones fueron fístula de líquido cefalorraquídeo lo que implica penetración de la dura y en uno de los casos hubo penetración cerebral y muerte. La preparación de la cirugía el procedimiento y el manejo en el post operatorio incluido el traslado a un hospital de 3 nivel y la valoración por neurocirugía se ajustan al manejo establecido por la Lex artis.*

*2. La cirugía estuvo justificada y las acciones médicas que se desarrollaron ante los síntomas presentados en el postoperatorio fueron justificadas. El neurocirujano valoró la paciente, solicitó imágenes que no mostraron la lesión.*

---

<sup>90</sup> PDF 001Demanda; fl. 153..

<sup>91</sup> PDF 001Demanda; fl. 153-154.



3. *Sí, todos los datos estuvieron documentados, con adecuado diligenciamiento acorde a la legislación vigente.*

4. *La muerte puede ser secundaria la lesión cerebral, complicación de la cirugía realizada y como se ve en los artículos anexos en una complicación que puede ocurrir (...)*<sup>92</sup> (Subrayado por fuera del texto original).

Asimismo, el 12 de abril de 2016, la Facultad de Medicina y el Departamento de Cirugía de la Universidad Nacional de Colombia, refirió que las complicaciones del procedimiento endoscópico transversal son: *"epifora, alteración del olfato, hemorragia, inflamación facial, penetración de la base del cráneo fístula de líquido cefalorraquídeo, meningitis, hemorragia cerebral, absceso cerebral, hematoma orbitario, enfisema orbitario, diplopía, pérdida de visión, trauma de la arteria carótida interna, trauma el nervio óptico, trombosis venosa profunda con o sin embolismo pulmonar, choque tóxico, choque cardiaco, muerte"*<sup>93</sup> (Se subraya).

Agregó que los percances ocurridos concernían a una laceración cerebral por penetración de la base del cráneo<sup>94</sup>, sin haber sido diagnosticada<sup>95</sup>.

Asimismo, señalaron la remisión efectuada por la UQLA a la Clínica del Country, tanto para su evaluación como manejo especializado; no obstante, en esa institución, la escanografía cerebral simple fue reportada dentro de los límites normales; por consiguiente, tampoco fue identificada la complicación ni se le suministró ningún tratamiento, se afirmó<sup>96</sup>.

Por último, dictaminaron que en el consentimiento informado debió incluirse el riesgo asociado a la laceración cerebral, el cual se manifiesta como fístula de líquido cefalorraquídeo<sup>97</sup>.

5. En la contradicción del dictamen pericial, rendido por el otorrinolaringólogo Luis Alberto Álvarez Pinzón, este mencionó que en un

---

<sup>92</sup> PDF 001Demanda; fl. 177.

<sup>93</sup> PDF 001Demanda; fl. 188.

<sup>94</sup> PDF 001Demanda; fl. 188.

<sup>95</sup> PDF 001Demanda; fl. 188-189.

<sup>96</sup> PDF 001Demanda; fl. 188-189.

<sup>97</sup> PDF 001Demanda; fl. 189.



estudio sobre 250 casos en los que aconteció la fístula de líquido cefalorraquídeo ninguno de los pacientes murió por la laceración craneal y detalló que, en otras investigaciones, el rango de fallecimiento correspondía al 0.05%<sup>98</sup>.

Minutos después, enunció que la fistula puede sobrevenir sin que exista una laceración cerebral y que la primera es un riesgo asociado a la cirugía endoscópica transnasal, como también la segunda; por ese motivo, sugirió que era aconsejable indicarlos en el consentimiento informado<sup>99</sup>.

**Especificó que esos riesgos no son distintos porque "(...) con una fístula se puede producir la laceración ¿Ves?, la laceración no se puede producir sin fístula (...) yo te lo digo porque, generalmente, cuando hay una laceración pues es porque uno irrumpió dentro de la cavidad craneal y, muchas veces, por la misma fuerza que lleva el instrumento, hace que haya una laceración. El cerebro es algo muy delicado y muy frágil, Entonces, por eso es. Y otra cuestión, es que uno lo toma implícitamente, ¿no? de que la laceración va después de la fístula"**<sup>100</sup>.

De la misma manera, señaló que la muerte también puede estar asociada, por eso lo indica él y otros médicos, con el propósito de salvaguardar el quehacer médico y dada su incidencia en el porcentaje de ocurrencia que, en estos casos es menor, pero que tratándose de fístulas corresponde al 20%<sup>101</sup>.

Por su parte, el médico Fandiño dilucidó que la laceración cerebral no podía existir con antelación a la cirugía y que era factible que fuese ocasionada por la misma intervención, razón por la cual era advertida la fistula de líquido cefalorraquídeo, una perforación en la base de la fosa anterior cerebral, que produce como síntoma la salida de éste<sup>102</sup>.

<sup>98</sup> MP4 100AudioAudienciaPruebas 13-04-2023 Parte 3; min. 8"00".

<sup>99</sup> MP4 100AudioAudienciaPruebas 13-04-2023 Parte 3; min. 1'07"29".

<sup>100</sup> MP4 100AudioAudienciaPruebas 13-04-2023 Parte 3; min. 1'09"42" y 1'10"32".

<sup>101</sup> MP4 100AudioAudienciaPruebas 13-04-2023 Parte 3; min. 1'13"55".

<sup>102</sup> MP4 072AudieoAudienciaPruebas02-03-2023; min. 34"11".



6. Por tanto, puede inferirse que a pesar de habersele puesto en conocimiento a Viviana Serrano Macías (Q.E.P.D.) los riesgos y complicaciones a los que se enfrentaba con las intervenciones que le iban a ser realizadas el 25 de febrero de 2011, tales como, dolor, infección, inflamación, retoque, fístula del líquido cefalorraquídeo y problemas inherentes tanto de anestesia como metabólicos, no se enunció en dichas advertencias las relacionadas con la laceración cerebral y la muerte.

En este punto, es importante anotar que la fístula de líquido cefalorraquídeo no puede equipararse a la laceración cerebral y, menos aún, a la muerte, como lo explicó el Dr. Álvarez – que fue el experto convocado por el Dr. Fandiño -, aun cuando ambas guarden relación. A lo que se añade que la persona intervenida tenía como profesión la de abogada, sin que pudiera extenderse para ella el argumento relacionado con que los médicos entienden la fístula y la laceración como conceptos implícitos.

No obstante, estima la Sala que era inexigible que se advirtiera en el consentimiento informado diligenciado por la paciente que la laceración cerebral era un riesgo propio de la cirugía endoscópica funcional que iba a ser efectuada, así, en puridad lo fuera, conforme lo advertido por la Facultad de Medicina, el Departamento de Cirugía de la Universidad Nacional de Colombia y los galenos Francisco Ángel Obando y Luis Alberto Álvarez Pinzón, quienes conceptuaron sobre el caso en análisis, ello por cuanto el porcentaje de ocurrencia de aquél es bajo, si en cuenta se tiene que es del 2.2% en la clase de operación realizada a la interfecta, conforme lo dejaron sentado de forma coincidente, riesgo que puede acontecer a voces del experto Álvarez Garzón *"aún en las manos del cirujano más experimentado"* .

En lo que concierne al consentimiento informado, la jurisprudencia del órgano cumbre de la jurisdicción ordinaria, asentó;



"5.2. 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 interesado<sup>103</sup>.

La ausencia de consentimiento informado, pues, solo resulta trascendente cuando acaece, sin culpa del galeno, un riesgo previsible<sup>104</sup>, no informado ni asumido por el paciente, ya que, bajo ese supuesto, sí es posible asignar, total o parcialmente, el gravamen de reparación de las secuelas del resultado adverso al profesional médico. Así lo adoctrinó, recientemente, la Sala de Casación Civil:

«Esta obligación [la de obtener el consentimiento informado del paciente, se aclara], en sí misma considerada, es de resultado, en tanto la ausencia de consentimiento **comprometerá la responsabilidad galénica, siempre que uno de los riesgos de aquellos que debieron ser objeto de comunicación se materialice y, como consecuencia, se produzca un daño;** en otras palabras, el personal tratante asumirá las consecuencias de la omisión en el proceso de información, sin que puedan excusar su deber indemnizatorio en un actuar diligente, prudente o perito.

Claro está, '[p]ara que la infracción a deberes de información dé lugar a responsabilidad civil se requiere que el daño sufrido por la víctima pueda ser atribuido causalmente a la omisión'<sup>105</sup>.

**Es un punto pacífico en la jurisprudencia de esta Sala que: '[L]a omisión de la obligación de informar y obtener el consentimiento informado, hace responsable al médico, y por consiguiente, a las instituciones prestadoras del servicio de salud, obligadas legalmente a verificar su estricta observancia, no sólo del quebranto a los derechos fundamentales del libre desarrollo de la personalidad, dignidad y libertad, sino de los daños patrimoniales y extrapatrimoniales causados a la persona en su vida, salud e integridad sicofísica a consecuencia del tratamiento o intervención no autorizado ni consentido dentro de los parámetros legales según los cuales, con o sin información y consentimiento informado, '[l]a responsabilidad del médico por reacciones adversas, inmediatas o tardías,**

---

<sup>103</sup> 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**».

<sup>104</sup> Sobre esta temática, se sostuvo: «No se exige que la divulgación recaiga sobre todas las posibles situaciones adversas, por quiméricas que sean, **sino que debe recaer sobre las normales o previsibles, con el fin de que el paciente asienta en su sometimiento.** Bien se ha dicho que "[e]ste deber se extiende a los riesgos previsibles, pero no a los resultados anómalos, que lindan con el caso fortuito, y que no cobran relevancia según el id plerumque accidit, porque no puede desconocerse que el operador de salud debe balancear la exigencia de información con la necesidad de evitar que el paciente, por alguna eventualidad muy remota, inclusive, evite someterse a una intervención, por más banal que ésta fuera" (...). No puede llegarse al extremo de exigir que se consignen en el 'consentimiento informado' situaciones extraordinarias que, a pesar de ser previsibles, tengan un margen muy bajo de probabilidad que ocurran (SC9721, 27 jul. 2015, rad. n.º 2002-00566-01). En definitiva, "la información debe circunscribirse a la necesaria, incluyendo las alternativas existentes, para que el paciente entienda su situación y pueda decidir libre y voluntariamente. Por lo mismo, ha de enterársele sobre la enfermedad de su cuerpo (diagnóstico), el procedimiento o tratamiento a seguir, con objetivos claros (beneficios), y los riesgos involucrados" (SC7110, 24 may. 2017, rad. n.º 2006-00234-01)» (CSJ SC4786-2020, 7 dic.).

<sup>105</sup> «Enrique Barros Bourie, Tratado de Responsabilidad Extracontractual, Ed. Jurídica de Chile, 2006, p. 685» (referencia propia del texto citado).



*producidas por efecto del tratamiento, no irá más allá del riesgo previsto' (artículo 16, Ley 23 de 1981), salvo si expone al 'paciente a riesgos injustificados' (artículo 15, ibídem), o actúa contra su voluntad o decisión negativa o, trata de tratamientos o procedimientos experimentales no consentidos expressis verbis, **pues en tal caso, el médico asume los riesgos, vulnera la relación jurídica y existe relación de causalidad entre el incumplimiento y el daño.** (SC, 17 nov. 2011, rad. n.º 1999-00533-01)» (SC4786-2020, 7 dic.).*

Ahora, en cuanto a los requerimientos del consentimiento informado, viene oportuno citar el criterio jurisprudencial desarrollado por la Alta Corporación en la sentencia SC9721 de 2015, en la cual puntualizó;

*"...No se exige que la divulgación recaiga sobre todas las posibles situaciones adversas, por quiméricas que sean, sino que debe recaer sobre las normales o previsibles, con el fin de que el paciente asienta en su sometimiento. Bien se ha dicho que « [e]ste deber se extiende a los riesgos previsibles, pero no a los resultados anómalos, que lindan con el caso fortuito, y que no cobran relevancia según el id plerumque accidit, porque no puede desconocerse que el operador de salud debe balancear la exigencia de información con la necesidad de evitar que el paciente, por alguna eventualidad muy remota, inclusive, evite someterse a una intervención, por más banal que ésta fuera »[footnoteRef:11]. [11: Corte de Casación italiana, sentencia n.º 1132 de 12 de junio de 1982, tomada de Guido Alpa, Nuevo tratado de la responsabilidad civil, Jurista Editores, Lima, 2006, p. 911.]*

*Así lo ha reconocido la Corporación: «**no puede llegarse al extremo de exigir que se consignen en el 'consentimiento informado' situaciones extraordinarias que, a pesar de ser previsibles, tengan un margen muy bajo de probabilidad que ocurran**»...*" (se destaca).

Dicha postura fue reiterada en las sentencias SC4786 de 7 de diciembre de 2020, expediente 20001-31-03-003-2001-00942-01, M.P. Dr. Aroldo Wilson Quiróz Monsalvo y SC2604 de 25 de agosto de 2021, expediente 47001-31-03-005-2016-00063-01, M.P. Dr. Luis Alonso Rico Puerta.

Bajo ese tenor, en el presente caso la omisión expresa a los riesgos de laceración cerebral y la muerte, no es generadora del daño alegado pues conforme al concepto remitido por el Director el Departamento de Cirugía de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional, al cual se hizo alusión párrafos atrás, el 20% de las complicaciones intracraneales en procedimientos quirúrgicos de senos paranasales fueron de fístula del líquido cefalorraquídeo – riesgo este advertido en el consentimiento como



correspondía – lo cual le permitió corroborar su previsibilidad y que fue asumido por la paciente debido a las molestias que presentaba. A esta última conclusión se arriba luego de escuchar los relatos de los familiares de la causante:

a) Su señor padre, en el interrogatorio, expresó que ella gozaba de buena salud y la razón de haber acudido ante el galeno accionado era solucionar el problema que la aquejaba en su nariz<sup>106</sup> y, a pesar de haber indicado que se trataba de algo estético, queda claro que era un procedimiento funcional, como se evocó líneas arriba.

b) Adicionalmente, la señora madre de Viviana Serrano Macías (Q.E.P.D.) recordó que ella llegó a cirugía por un problema respiratorio simple que había sido tratado con el internista de la familia, quien le recomendó acudir ante un especialista en otorrinolaringología. En este caso, se trató del Dr. Fandiño, quien, a su vez, le sugirió como mejor opción la operación dado su estado de salud y la viabilidad de solucionar el error respiratorio que la aquejaba, narró<sup>107</sup>.

También refirió que debido al problema respiratorio que presentaba, una parte de su mandíbula era cerrada y se requería abrir, por ello también, iba a aprovechar para hacerse esa intervención de la quijada<sup>108</sup>.

c) Su hermano, Mauricio Serrano Macías, reveló que el medico Fandiño le indico que debía operarse de manera funcional, por la sinusitis y los pólipos nasales que la acongojaban<sup>109</sup>.

De otra parte, en el dictamen pericial rendido por el médico Luis Alberto Álvarez Pinzón, este trajo a colación que la relación de “(...) *muerte en las cirugías endoscópicas de senos paranasales por penetración a la fosa*

---

<sup>106</sup> MP4 061AudioAudiencia372-PrimeraParte; min. 21”30”.

<sup>107</sup> MP4 061AudioAudiencia372-PrimeraParte; min. 56”42”.

<sup>108</sup> MP4 061AudioAudiencia372-PrimeraParte; min. 59”30”.

<sup>109</sup> MP4 061AudioAudiencia372-PrimeraParte; min. 38”00”.



*craneal anterior y laceración cerebral e[ra] muy baja, inferior al 0.05% y menos aún hoy en día con el apoyo tecnocientífico de especialidades como la unidad de cuidados intensivos, neurocirugía e imágenes diagnósticas”<sup>110</sup>.*

De modo que, la falta de ilustración del riesgo de laceración cerebral o muerte en el consentimiento informado no puede ser acogida como generadora de responsabilidad galénica en cabeza del galeno Fandiño Franky, como quiera que dicha laceración que ocasionó el edema cerebral, causa de la muerte determinada por la necropsia practicada por el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses, aunque era un evento inherente a la cirugía que le practicaron a Viviana Serrano, no era indispensable expresarlo al estar implícito en el de fístula de líquido cefalorraquídeo, amén del grado bajo de probabilidad de ocurrencia en esta clase de intervenciones.

De conformidad con el norte descrito, se encuentra probada la excepción de *“adecuada información suministrada en el consentimiento informado”*, propuesta por Luis Fernando Fandiño Franky.

7. En torno al error de diagnóstico invocado por los accionantes y la ausencia de un tratamiento para darle solución oportuna a la laceración cerebral sufrida por Viviana Serrano Macías (Q.E.P.D.) y la prevención de su muerte, de acuerdo con la sintomatología presentada en el posoperatorio, es imperioso recordar que la jurisprudencia se ha referido a la identificación de esos signos, desde la siguiente óptica:

*“Así las cosas, cuando en la actividad médica se produce un daño que no está dentro de los riesgos normales o inherentes, o que la lesión es desproporcionada frente a lo que comúnmente se espera en la evolución del procedimiento o tratamiento practicado, la flexibilización en la carga de la víctima de demostrar la culpa del profesional, implica que será este a quien cumpla dar y demostrar una razonable y coherente explicación de la causa o posible motivo que derivó en el daño denunciado, descartando así que este no se debió a un proceder descuidado, ausente de pericia, o por fuera del marco que fija la lex artis ad-hoc.*

---

<sup>110</sup> PDF 016 DictamenPericial; fl. 6.



Ahora bien, ya se ha mencionado y reconocido igualmente por esta Sala, que todo procedimiento ejecutado en desarrollo de la profesión médica apareja un riesgo inherente o propio de causar lesión o daño, que como tal no puede ser objeto de censura o dar pábulo a una acción indemnizatoria.

A propósito de los riesgos inherentes, una sentencia de casación reciente<sup>111</sup> abundó en detalles sobre la cuestión, y anotó:

... la literatura sobre responsabilidad médica, como la reiterada jurisprudencia de esta Sala, es pacífica en sostener y reconocer que la Medicina es una ciencia en construcción, y por tanto, apareja la existencia de ciertos **riesgos inherentes** a la realización de procedimientos médicos, los cuales hacen que el daño derivado del acto médico no configure ninguna modalidad de culpa. La expresión riesgo inherente, se compone de dos términos. El primero arriba definido y el segundo, también según el RAE, es entendido como aquello: "Que por su naturaleza está de tal manera unido a algo, que no se puede separar de ello". Por esto, dentro del marco de la responsabilidad médica, debe juzgarse que los riesgos inherentes son las complicaciones, contingencias o peligros que se pueden presentar en la ejecución de un acto médico e íntimamente ligados con éste, sea por causa de las condiciones especiales del paciente, de la naturaleza del procedimiento, la técnicas o instrumentos utilizados en su realización, del medio o de las circunstancias externas, que eventualmente pueden generar daños somáticos o a la persona, no provenientes propiamente de la ineptitud, negligencia, descuido o de la violación de los deberes legales o reglamentarios tocantes con la *lex artis*. De tal manera, probable es, que el médico en la ejecución de su labor lesione o afecte al paciente; no obstante, no puede creerse que al desarrollar su actividad curativa y al acaecer menoscabos lesivos, pretenda ejecutar un daño al enfermo o, incursionar por ejemplo, en las lesiones personales al tener que lacerar, alterar, modificar los tejidos, la composición o las estructuras del cuerpo humano. De ningún modo; el delito o el daño a la humanidad del doliente es la excepción; no es regla general, por cuanto la profesión galénica por esencia, es una actividad ligada con el principio de beneficencia, según el cual, es deber del médico, contribuir al bienestar y mejoría de su paciente. Al mismo tiempo la profesión se liga profundamente con una obligación ética y jurídica de abstenerse de causarle daño, como desarrollo del juramento hipocrático, fundamento de la *lex artis*, que impone actuar con la diligencia debida para luchar por el bienestar del paciente y de la humanidad, evitando el dolor y el sufrimiento.

Que existan riesgos inherentes, precisa la misma sentencia, no significa aceptar los "inexcusables", que comprenden "los groseros, los culposos, los faltos de diligencia y cuidado, y por tanto injustificados", que deben ser "reparables" "integralmente", por haberse desviado del criterio o baremo de normalidad que traza la *lex artis* del respectivo campo o especialidad.

Aparte de lo anterior, y en relación con el **diagnóstico** de una enfermedad o el origen de una complicación por un procedimiento ya efectuado, la jurisprudencia ha indicado que ese es un acto "complejo" en el que

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

---

<sup>111</sup> SC3272-2020



concreto, si aquel agotó los procedimientos que la *lex artis ad hoc* recomienda para acertar en él. En todo caso, sobre el punto, la Corte debe asentar una reflexión cardinal consistente en que será el **error culposo** en el que aquel incurra en el diagnóstico el que comprometerá su responsabilidad; vale decir, que como la ciencia médica ni quienes la ejercen son infalibles, ni cosa tal puede exigírseles, sólo los yerros derivados de la imprudencia, impericia, ligereza o del descuido de los galenos darán lugar a imponerles la obligación de reparar los daños que con un equivocada diagnosis ocasionen. Así ocurrirá, y esto se dice a manera simplemente ejemplificativa, cuando su parecer u opinión errada obedeció a defectos de actualización respecto del estado del arte de la profesión o la especialización, o porque no auscultaron correctamente al paciente, o porque se abstuvieron de ordenar los exámenes o monitoreos recomendables, teniendo en consideración las circunstancias del caso, entre otras hipótesis. En fin, comprometen su responsabilidad cuando, por ejemplo, emitan una impresión diagnóstica que otro profesional de su misma especialidad no habría acogido, o cuando no se apoyaron, estando en la posibilidad de hacerlo, en los exámenes que ordinariamente deben practicarse para auscultar la causa del cuadro clínico, o si tratándose de un caso que demanda el conocimiento de otros especialistas omiten interconsultarlo, o cuando, sin justificación valedera, dejan de acudir al uso de todos los recursos brindados por la ciencia. Por el contrario, aquellos errores inculpables que se originan en la equivocidad o ambigüedad de la situación del paciente, o las derivadas de las reacciones imprevisibles de su organismo, o en la manifestación tardía o incierta de los síntomas, entre muchas otras, que pueden calificarse como aleas de la medicina no comprometen su responsabilidad. Por supuesto que esto coloca al juez ante un singular apremio, consistente en diferenciar el error culposo del que no lo es, pero tal problema es superable acudiendo a la apreciación de los medios utilizados para obtener el diagnóstico, a la determinación de la negligencia en la que hubiese incurrido en la valoración de los síntomas; en la equivocación que cometa en aquellos casos, no pocos, ciertamente, en los que, dadas las características de la sintomatología, era exigible exactitud en el diagnóstico, o cuando la ayuda diagnóstica arrojaba la suficiente certeza. De manera, pues, que el meollo del asunto es determinar cuáles recursos habría empleado un médico prudente y diligente para dar una certera diagnosis, y si ellos fueron o no aprovechados, y en este último caso porque no lo fueron. En todo caso, y esto hay que subrayarlo, ese error debe juzgarse *ex ante*, es decir, atendiendo las circunstancias que en su momento afrontó el médico, pues es lógico que superadas las dificultades y miradas las cosas retrospectivamente en función de un resultado ya conocido, parezca fácil haber emitido un acertado diagnóstico<sup>112</sup>.

Para terminar este apartado, basta exponer que en la etapa postoperatoria es indudable la existencia de un deber de vigilancia de parte del cirujano que llevó a cabo el procedimiento, cuya desatención puede derivar, cumplidos los presupuestos necesarios, en una responsabilidad médica.<sup>113</sup> (Negritillas propias del texto, los apartes subrayados son realizados por la Sala).

Al amparo de los citados derroteros, dable es concluir que la atención prestada a la paciente en la Unidad Quirúrgica Los Alpes, por el galeno accionado y el equipo que la atendió en esa institución, fueron adecuadas,

<sup>112</sup> CSJ SC de 26 de noviembre de 2010. Exp. 08667, reiterada en CSJ SC de 28 de junio de 2011, Rad. 1998-00869-00.

<sup>113</sup> Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil. Sentencia SC3253-2021 de 4 de agosto de 2021, radicado 08001-31-03-010-2010-00067-01.



en virtud de la sintomatología de Viviana Serrano Macías (Q.E.P.D.), esto es, el síndrome conversivo inicial, por el cual le fue prescrita la remisión a una Clínica a efectos de ser tratada por profesionales del área de psiquiatría la convulsión tónico clónica que sufrió que dio lugar a la modificación de la nota de remisión para que le hiciera seguimiento por neurología y neurocirugía en UCI, se verificara su estado mediante un TAC, ante la sospecha de una complicación.

Y es que el doctor Fandiño Franky manifestó que, dada la convulsión que presentó la paciente, decidió llevarla a la UCI de la Clínica del Country; asimismo prescribió se le practicara un TAC – Tomografía Axial Computarizada- sobre el cerebro y la base del cráneo, en el que, tanto el tomógrafo como el radiólogo, no verificaron ninguna lesión cerebral ni hemorragia al interior de la cavidad craneana<sup>114</sup>.

Incluso, precisó que *"(...) no fue solamente la agitación que, normalmente, se puede presentar, tuvo una complicación importante que la llevó a tener un cuadro de casi un paro respiratorio ahí en la unidad de recuperación, hizo un rash cutáneo, hizo un broncoespasmo, no pudo respirar. Cuando yo llegué, estaba intubada la paciente, o sea, fue un cuadro importante, no es la paciente agitada, común y corriente, tuvo un cuadro importante, fue lo que llevó ya a llevarla a cuidado intensivo."*<sup>115</sup>  
(Se subraya).

Por su parte el representante legal de la Unidad Quirúrgica de los Alpes – hoy Mediport S.A.S.- expresó:

*"Para, digamos el momento de los hechos, la Clínica constaba con tres quirófanos, entonces, en el quirófano en que está la paciente, está el anestesiólogo, que acompaña la paciente durante todo el procedimiento quirúrgico y también está pendiente en el posoperatorio de ella, que fue el Dr. Alberto Vega; también está pues la jefe de enfermería, que estaba a cargo de recuperación, en su momento, el auxiliar de enfermería que estaba en sala de cirugía, otros anestesiólogos que también participaron ya en el posoperatorio, una vez se tuvo la complicación, estuvieron pendientes y hay en registro de ello en la historia clínica de que el Dr.*

<sup>114</sup> MP4 072AudioAudienciaPruebas02-03-2023; min. 36"34"

<sup>115</sup> MP4 072AudioAudienciaPruebas02-03-2023; min. 1'00"24"



*Elkin Villota participó también, ya cuando hubo la complicación, y la Dra. Ximena Corrales también en algún momento participa, ya después cuando se identifica que la paciente tenía una evolución anormal.*

*Pero, digamos, en el transoperatorio participaron el Dr. Alberto Vega, anesthesiólogo, el auxiliar de enfermería, Edwin Ospina, la jefe de enfermería, Astrid Llorente. Básicamente, ellos fueron las tres personas, el recurso humano que estuvo atendiéndola en el transoperatorio.*

*En el posoperatorio inmediato, estuvo Astrid Llorente y ella fue la que identificó los comportamientos anormales y se los comunicó al Dr. Vega, el primer hecho anormal que pues identificó fue el tema de un rash cutáneo, y después ya el tema de comportamientos anormales y, posteriormente, un episodio convulsivo tónico-clónico."<sup>116</sup> (Se subraya).*

Ahora bien, en lo atinente a esas complicaciones, explicó:

*"La primera que aparece registrada en la historia clínica, es que la paciente presenta el rash cutáneo que es el enrojecimiento. El Dr. Vega, como digo, hizo una nota y dijo que encontró también broncoespasmo, por eso atribuyó eso a una reacción alérgica que a eso se refiere la palabra anafilaxis, una reacción alérgica, que se dio con los medicamentos que le colocaron y no hay más señalamientos sobre esto. Después de esto, la paciente volvió a presentar ya, condiciones más desde el punto de vista comportamental, por lo que hacen seguir a la señora madre de la paciente para ver si esto la tranquilizaba. Y, ya más tarde, hacía las 13:50, hay una nota en donde se refiere que a la paciente presenta, en presencia de los anesthesiólogos, una convulsión generalizada tónico clónica, ya esto, junto a lo anterior, los hace pensar en que la paciente deben ponerle medidas de protección cerebral, por eso la intuban nuevamente, es decir, se lleva la paciente a relajación, se intuba, se sede (sic) y se profundiza, pensando en que había una posible lesión cerebral, sospechando ese tema.*

*Eso es una conducta que está descrita en el lex artis, ante una sospecha de una lesión cerebral pues la paciente se lleva a anestesia otra vez, básicamente, lo cual disminuye el metabolismo cerebral y disminuye la inflamación y se busca identificar con, para eso se hizo la remisión, para identificar si si había o no había la lesión cerebral, pidiendo valoración por neurocirugía, una tomografía computada cerebral y pues hospitalización en UCI para aclarar estos temas"<sup>117</sup> (Énfasis de la Sala).*

Además de haber reiterado que presentó un comportamiento conversivo, como simulando sintomatología, el cual se tornaba raro y escapaba a los límites de la normalidad, aseguró que, de esa estimación surgió la convulsión que no podía atribuirse al cuadro inicial pues se trataba de un signo clarísimo de incidencia neurológica<sup>118</sup>.

<sup>116</sup> MP4 061AudioAudiencia372-PrimeraParte; min. 2'06"15".

<sup>117</sup> MP4 061AudioAudiencia372-PrimeraParte; min. 2'11"06".

<sup>118</sup> MP4 061AudioAudiencia372-PrimeraParte; min. 2'13"50".



Más adelante, afirmó que, para ese entonces, febrero de 2011, "(...) de hecho, sí se hizo el diagnóstico presuntivo y clínico de que podía haber una lesión y por eso se remitió"<sup>119</sup> y cuando se le indagó sobre la presunción de la laceración, precisó: "no la laceración, pero sí que podía haber una lesión con compromiso intracraneal porque por eso se remitió para neurocirugía y para una tomografía, pero la laceración no la pude presumir"<sup>120</sup> (Subrayado y negrilla de la Sala).

Por su parte, el Doctor Alberto Hernando Vega Camargo, anesthesiólogo, y quien le prestó sus servicios a la paciente durante la intervención quirúrgica en la UQLA, explicó que durante la cirugía no hubo ningún evento que llamara la atención<sup>121</sup>; empero, en el posoperatorio, casi a las doce del día, más o menos una hora con cincuenta y cinco minutos después, presentó "(...) un cuadro como de agitación psicomotora, un cuadro convulsivo, la asistimos. Inicialmente, le realizamos ventilación con ambú, con una fuente de oxígeno, y pues la paciente despierta, pero no estaba consciente, orientada y seguimos observándola y, posteriormente, la conciencia se deteriora un poco, y decidimos pues, por el tipo de cirugía que se le había realizado, pues, tomar medidas preventivas como fue asegurar la vía aérea y le realizamos intubación neurotraqueal, le colocamos medicación para que estuviera sedada y procedimos a comunicarnos con el Dr. Diego Barreto, que es el Director de la Clínica para tratar de conseguir una unidad de cuidado intensivo y trasladar a la paciente"<sup>122</sup> (Subrayado propio), por consiguiente, coordinó con el Dr. Fandiño su traslado, enunció<sup>123</sup>.

Y es que tiempo después, especificó que una de sus preocupaciones era "(...) que teniendo en cuenta el tipo de cirugía se descartara una lesión neurológica por la cercanía del sitio quirúrgico a las estructuras

<sup>119</sup> MP4 061AudioAudiencia372-PrimeraParte; min. 2'26"25".

<sup>120</sup> MP4 061AudioAudiencia372-PrimeraParte; min. 2'27"33".

<sup>121</sup> MP4 098AudioAudienciaPruebas 13-04-2023 Parte 1; min. 10"01".

<sup>122</sup> MP4 098AudioAudienciaPruebas 13-04-2023 Parte 1; min. 10"20".

<sup>123</sup> MP4 098AudioAudienciaPruebas 13-04-2023 Parte 1; min. 13"35".



*cerebrales*<sup>124</sup>. Afirmó que la anafilaxis se concibió por un rash cutáneo en el tórax que fue tratado, junto a la agitación, como una dificultad respiratoria. Catalogó esa evidencia como leve, sin trascendencia en su deceso, por haberse prestado atención oportuna<sup>125</sup>.

Relató que se elaboraron dos formatos de remisión, uno, para ser valorada por psiquiatría, el otro, con destino a neurología clínica, neurocirugía y cuidado intensivo, tras la convulsión, la pérdida de la conciencia y la alteración de la función respiratoria padecidas por ella<sup>126</sup>. Asimismo, afirmó estar capacitado para verificar que se trataba de una convulsión, pues en ese momento había ejercido la profesión por doce años<sup>127</sup>, lo mismo que para acoger la crisis conversiva, por las incoherencias que eran expresadas y sus comportamientos<sup>128</sup>.

Por último, el Doctor Alberto Hernando Vega Camargo asintió en que la paciente fue entregada al Dr. Pernet, bajo efectos de sedación<sup>129</sup>.

Aunque fue tachado de sospechoso, no se evidencia que su relato fuera incoherente, menos aún, que no se apegara a lo consignado en la historia clínica, lo dictaminado por los galenos tratantes y los expertos convocados.

Por su parte, el deponente, Dr. John Elkin Villota Vega, narró que es anesthesiólogo y reseñó que al pasar interpretó que la paciente estaba padeciendo "(...) *una convulsión crónica clínica generalizada, desaturada, en un postoperatorio de cirugía de nariz, por ende, pues estaba ocluida la nariz y pues, dada la situación clínica, tomamos pues la determinación de proteger la vía aérea mediante el proceso de intubación endotraqueal. Se le hizo la inducción anestésica para realizar su intubación endotraqueal,*

<sup>124</sup> MP4 098AudioAudienciaPruebas 13-04-2023 Parte 1; min. 34"40".

<sup>125</sup> MP4 098AudioAudienciaPruebas 13-04-2023 Parte 1; min. 15"17" y 16"35".

<sup>126</sup> MP4 098AudioAudienciaPruebas 13-04-2023 Parte 1; min. 27"30".

<sup>127</sup> MP4 098AudioAudienciaPruebas 13-04-2023 Parte 1; min. 28"49".

<sup>128</sup> MP4 098AudioAudienciaPruebas 13-04-2023 Parte 1; min. 30"14".

<sup>129</sup> MP4 098AudioAudienciaPruebas 13-04-2023 Parte 1; min. 17"15".



*se protegió la vía aérea y acto seguido fue trasladada a la sala de cirugía (...) Se acopló a la máquina de anestesia para ventilación mecánica, se inició un goteo, pues de sedación y de protección cerebral con Mediazolam y Fentanil, son los medicamentos que se utilizan para la inducción y el mantenimiento de la sedación y se le colocó un dispositivo que se conoce como catéter central en el cuello para administrar líquidos y tomar muestras, si fuera necesario, y se inició el proceso pues de remisión (...)*<sup>130</sup>.

Y aunque no fue el anesthesiólogo que asistió al médico Fandiño Franky en la intervención de la paciente<sup>131</sup>, en vista de la intervención reciente de la afectada, acudió a fin de evitar la posible regurgitación de coágulos sanguíneos y broncoaspiración de ellos; por tanto, procuró acceder rápidamente a la vía aérea para protegerla, así como a la parte respiratoria, con el propósito de reestablecer sus funciones<sup>132</sup>.

De manera que, la atención descrita no controvierte la *lex artis*, si en cuenta se tiene lo dilucidado por los expertos llamados a conceptuar sobre esas actuaciones. Nótese que, en primer lugar, se verificó por el Grupo de Otorrinolaringología de la Universidad Nacional de Colombia que la complicación cerebral fue sospechada en el posoperatorio inmediato y por ello se ordenó el traslado de la paciente a un centro de mayor complejidad para que fuera valorada por neurocirugía<sup>133</sup>.

Asimismo, tanto la Facultad de Medicina como el Departamento de Cirugía de la misma institución de educación superior detallaron que la respuesta dada a la complicación presentada y su traslado a la Clínica del Country, para ser evaluada y manejada por personal especializado, fue acertada<sup>134</sup>.

---

<sup>130</sup> MP4 078AudioAudienciaPruebas 09-03-2023 Parte 1; min. 8"59" y 9"56".

<sup>131</sup> MP4 078AudioAudienciaPruebas 09-03-2023 Parte 1; min. 10"52".

<sup>132</sup> MP4 078AudioAudienciaPruebas 09-03-2023 Parte 1; min. 15"48".

<sup>133</sup> PDF 001Demanda; fl. 177.

<sup>134</sup> PDF 001Demanda; fl. 188-189.



Por su parte, el perito Jorge Humberto Aristizábal Maya, neurocirujano, explicó que los otorrinos usan elementos muy finos en sus intervenciones y pueden traspasar la dura, la piamadre y el cerebro<sup>135</sup>. De igual modo, señaló que cuando se entra advertidamente es muy distinto a los eventos en que no se hace de esa manera; por ello acogió como buena práctica que al momento en que se manifestó la alteración neurológica, surgiera la sospecha de haber ingresado al cerebro<sup>136</sup>; por tanto, le fueran ordenados el TAC, así como el manejo en UCI, como primera hipótesis de trabajo<sup>137</sup>.

También, coincidió en ello el experto Jaime Jaramillo Mejía, médico cirujano, especialista en anestesiología, reanimación, alivio del dolor y cuidados paliativos<sup>138</sup>, tras concluir que hubo concordancia entre las medidas adoptadas por los anestesiólogos, las recomendaciones hechas por la Sociedad Colombiana de Anestesiología, las guías de manejo ante eventos críticos y la *lex artis*<sup>139</sup>.

Aclaró que los medicamentos utilizados para sedación de la paciente en la práctica quirúrgica tienen una vida media de tres a diez minutos, en el que es eliminado el 97%<sup>140</sup>; por esa razón, tanto su comportamiento, como la crisis convulsiva, pasados una hora de haber desaparecido esos efectos, daban lugar a pensar en un daño cerebral; se buscó proteger el cerebro cuanto antes, para que le llegara una adecuada cantidad de oxígeno y sangre, se indujo al sueño, se puso un tubo en la tráquea, le fue aplicado medicamento sedante y pidieron el traslado a una UCI<sup>141</sup>. Recalcó que ellos no tenían claro el diagnóstico, pero sí sabían que algo no estaba bien en el cerebro y por eso solicitaron esa remisión para una mejor valoración<sup>142</sup>.

<sup>135</sup> MP4 105AutoAudienciaPruebas 20-04-2023 Parte 1; min. 58"09".

<sup>136</sup> MP4 105AutoAudienciaPruebas 20-04-2023 Parte 1.; fl. 1'01"30".

<sup>137</sup> MP4 105AutoAudienciaPruebas 20-04-2023 Parte 1.; fl. 1'02"40".

<sup>138</sup> MP4 105AutoAudienciaPruebas 20-04-2023 parte 1; min. 1'54"58".

<sup>139</sup> MP4 105AutoAudienciaPruebas 20-04-2023 parte 1; min. 2'10"03".

<sup>140</sup> MP4 105AutoAudienciaPruebas 20-04-2023 parte 1; min. 2'13"14".

<sup>141</sup> MP4 105AutoAudienciaPruebas 20-04-2023 parte 1; min. 2'14"50" y 2'15"20".

<sup>142</sup> MP4 105AutoAudienciaPruebas 20-04-2023 parte 1; min. 2'16"50".



Por consiguiente, no se vislumbra desatino en las maniobras adoptadas por los galenos de la UQLA a fin de salvaguardar la vía área de la paciente y remitirla a una institución de mayor complejidad, a efectos de ser analizada por especialistas en neurocirugía y neurología, con el propósito de identificar lo que estaba sucediendo en el cuerpo y cerebro de Viviana Serrano Macías (Q.E.P.D.).

De modo que se encuentran probadas las excepciones denominadas "*el hecho de un tercero; ausencia de culpa; ausencia de nexo causal y, ocurrencia del alea terapéutico evocadas por la Unidad Quirúrgica Los Alpes – ahora Mediport S.A.S., frente al llamamiento en garantía que se le hizo y la convocatoria efectuada en el libelo.*" Valga anotar, en ese sentido que, dada la absolución de la citada institución, no devenía necesario citar a La Previsora como garante de ella.

De igual manera, se acogerán las defensas planteadas por el galeno Luis Fernando Fandiño Franky intituladas "*cumplimiento de la Lex Artís; adecuada práctica médica, oportuna y correcta atención de la paciente; pericia, idoneidad y experiencia; las obligaciones médicas son de medios mas no de resultados; inexistencia de culpa; inexistencia de los elementos propios de la responsabilidad e inexistencia de la Obligación de indemnizar.*", en lo relacionado con las atenciones y procedimientos realizados en la UQLA, hoy Mediport S.A.S. y el manejo adecuado del post operatorio al haber ordenado la valoración de la paciente por psiquiatría y neurocirugía, su remisión a una Unidad de Cuidados Intensivos en una institución de tercer nivel para diagnóstico y manejo, así como la práctica de una tomografía, conforme lo conceptuaron el perito Luis Alberto Álvarez Pinzón y el especialista en otorrinolaringología del Departamento de Cirugía de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia.

La misma suerte debe correr el medio exceptivo de Allianz Seguros de Vida S.A. relativo a la "*inexistencia de prueba de falla médica y de*



*responsabilidad, debido al actuar diligente, oportuno, adecuado y cuidadoso de Unidad Médico Quirúrgica Los Alpes”.*

8. Ahora bien, lo acontecido a Viviana Serrano Macías (Q.E.P.D.), tras su ingreso a la Clínica del Country, el 25 de febrero de 2011, fue explicado por la representante legal de la Administradora Country S.A., quien enunció los servicios prestados para darle solución a esas complicaciones<sup>143</sup>.

Declaró que la paciente “(...) fue valorada inicialmente por el neurocirujano, el Dr. Hernán Cifuentes. En atención a las condiciones con las que la encontró, ordenó exámenes diagnósticos, entre ellos, los que estaban registrados en la historia clínica, un TAC cerebral simple, una radiografía de tórax y exámenes de laboratorio y también ordenó su internación en la unidad de cuidado intensivo”<sup>144</sup> (Se destaca).

Relató que los resultados fueron normales y se efectuó una nueva valoración por medio de la cual se permitió comprender una mejoría, reducir la sedación para su extubación, trasladarla a piso, conforme al seguimiento neurológico y la auscultación por los especialistas de la UCI<sup>145</sup>. En piso, fue valorada por el especialista en psiquiatría, porque su comportamiento era agresivo, extraño y no permitía la práctica de las terapias respiratorias<sup>146</sup>.

Lo mencionado por el testigo técnico, Frank Boris Pernet Alvarado, médico cirujano, especialista en medicina interna y neumología, permite corroborar que fue él quien recibió a Viviana (Q.E.P.D.) para ser examinada posteriormente por neurocirugía. A su vez, su conocimiento da lugar a reconocer que uno de los riesgos agudos mayores de la cirugía nasal es la perforación de la parte inferior del cráneo y la hemorragia

<sup>143</sup> MP4 061AudioAudiencia372-PrimeraParte; min. 1’34”10”.

<sup>144</sup> MP4 061AudioAudiencia372-PrimeraParte; min. 1’35”05”.

<sup>145</sup> MP4 061AudioAudiencia372-PrimeraParte; min. 1’35”46”.

<sup>146</sup> MP4 061AudioAudiencia372-PrimeraParte; min. 1’36”31”.



intracraneana, la cual en este caso fue descartada luego de la tomografía de cráneo porque su resultado había sido normal, según su dicho<sup>147</sup>.

No obstante, resulta un poco confuso que momentos después, hubiere esclarecido:

*"(...) [S]e decidió subir a la Unidad de Cuidado Intensivo porque ella estaba todavía intubada y requería del apoyo de un ventilador mecánico. Cuando ella ingresa a cuidado intensivo y hago la evolución neurológica, no se puede hacer porque está completamente sedada, pero todos los signos vitales y el resto del examen físico eran completamente normales. De los laboratorios, la radiografía de tórax mostraba los elementos invasivos que se habían colocado, pero no se veía nada anormal y en el TAC de cráneo se veían como los cambios posoperatorios, como las fracturas de ciertos huesos de la nariz y sangre de los senos, que son esperables en esa cirugía, pero no se veía ninguna lesión en el cráneo y dentro de laboratorios, lo único anormal era la creatinina (...) no se veía nada agudo en el cerebro"<sup>148</sup> (Se destaca).*

Y seguidamente, recalcó que no la habría extubado de haber sospechado lo sucedido o hallar algún signo de deterioro neurológico, pues requería identificar un diagnóstico<sup>149</sup>.

Empero, si estaba sedada cómo pudo analizar la correcta evolución neurológica, sumado a que él mismo manifestó que no había signos clínicos de hipertensión intracraneana, evidencia de síndrome convulsivo<sup>150</sup> o alteración del estado de conciencia, y que eran requeridos otros exámenes de laboratorio para verificar su estado<sup>151</sup>.

Añádase que, el galeno hizo una breve explicación sobre la laceración cerebral como complicación de la cirugía, proveniente de un trauma, bien contundente o un golpe severo, cuya ocurrencia se da *"(...) sobre todo en las resecciones de pólipos porque los pólipos son muy en la parte superior y al irlos reseca la parte, la base del cráneo es muy delgada en esa zona y accidentalmente se puede perforar. Entonces, de hecho, eso era lo que pensábamos desde que llegó, que había pasado eso, porque eso*

<sup>147</sup> MP4 087AudioAudiencia373Pruebas 16-03-2023 Parte1; min. 13"13".

<sup>148</sup> MP4 087AudioAudiencia373Pruebas 16-03-2023 Parte1; min. 15"00".

<sup>149</sup> MP4 087AudioAudiencia373Pruebas 16-03-2023 Parte1; min. 31"47".

<sup>150</sup> MP4 087AudioAudiencia373Pruebas 16-03-2023 Parte1; min. 32"20".

<sup>151</sup> MP4 087AudioAudiencia373Pruebas 16-03-2023 Parte1; min. 33"30".



*explicaría todo*"<sup>152</sup>. Asimismo, afirmó que es identificada por la presencia de una hemorragia asociada, que no evidenció, y **remembró la resolución insuficiente del TAC para ver en detalle el cerebro**<sup>153</sup>.

Dicho esto, llama la atención que ante todas esas falencias, afirmara que después de la extubación interactuó con la paciente para dar respuesta de su nombre, edad, sin haberlo incluido en las notas<sup>154</sup>; por demás, haber aludido a que las alteraciones del comportamiento correspondían al delirio que presentan aquellos pacientes que han sido intubados en distintos grados<sup>155</sup>, con pleno desconocimiento del comportamiento extraño anunciado por la UQLA y al que adujo la representante legal de Administradora Country S.A.S. para el momento de su ingreso a esta última.

Entonces, todas esas inconsistencias impedían concebir que el estado neurológico de Viviana Serrano Macías fuera de óptimas o normales condiciones, dadas las alteraciones del comportamiento padecidas por ella y los riesgos inherentes a la cirugía transnasal, sumado a que no hubo una esperada evolución neurológica por su estado de sedación.

Los galenos Jaime Jaramillo Mejía y Luis Alberto Álvarez Pinzón, peritos convocados, insistieron en que los riesgos asociados a esa intervención son la fístula del líquido cefalorraquídeo y la laceración cerebral, a los que se les debe dar un especial cuidado. Por ello, cobra mayor importancia que si la paciente había sido remitida con unas notas específicas de su comportamiento y alteración neurológica, no se hubiere ahondado en la verificación de su diagnóstico.

Sobre este punto, es oportuno recordar que el galeno Jaime Jaramillo Mejía refirió que el comportamiento anormal de la paciente se pudo dar

---

<sup>152</sup> MP4 087AudioAudiencia373Pruebas 16-03-2023 Parte1; min. 1'13"44".

<sup>153</sup> MP4 087AudioAudiencia373Pruebas 16-03-2023 Parte1; min. 1'12"55" y 1'13"22".

<sup>154</sup> MP4 087AudioAudiencia373Pruebas 16-03-2023 Parte1; min. 42"50".

<sup>155</sup> MP4 087AudioAudiencia373Pruebas 16-03-2023 Parte1; min. 44"00".



posiblemente por la lesión que sufrió, bajo un análisis en retrospectiva<sup>156</sup>, en vista de que en la historia de la medicina, a partir de mediados del siglo XIX, se encontró que el lóbulo frontal tenía una íntima relación con el comportamiento, pues los pacientes, luego de ser intervenidos, dejaban de ser agresivos, violentos y perdían toda iniciativa o motivación<sup>157</sup>. Así lo explicó:

*"(...) Entonces es de conocimiento, generalmente aceptado por la ciencia médica, que buena parte del comportamiento de las personas está regulada por las estructuras anatómicas que están localizadas en la parte frontal del cerebro (...) y lo que tiene que ver con aquello que llamamos "humanidad", que es la capacidad de crear, de predecir el futuro de interpretar el mundo, según nuestro parecer. Lo que llamamos 'el yo' o 'el ser', en buena parte radica en el lóbulo frontal, que es la parte más nueva del cerebro. En el cerebro, usted, cuando analiza los cerebros, puede saber si ese cerebro es de un humano o es de un primate, o es de otro animal porque el cerebro del humano se caracteriza por tener un lóbulo frontal muy prominente. Entonces, pues todos esos hallazgos que son de tiempo atrás conocidos nos hacen tener presente que buena parte del comportamiento humano está regulado por las estructuras anatómicas que están localizadas en la parte de adelante del cerebro, que llamamos el lóbulo frontal"<sup>158</sup>.*

En ese orden, podría acogerse la tacha de sospecha de la versión proporcionada por el profesional Frank Boris Pernet Alvarado, en torno a la real evolución neurológica de la paciente.

De otro lado, tampoco puede ser de recibo la declaración extendida por el deponente técnico Fernando Gómez Cabal<sup>159</sup>, que atendió a Viviana (Q.E.P.D.) por el área de psiquiatría en la Clínica del Country<sup>160</sup>, pues adujo que no era loable la afectación del lóbulo frontal del cerebro, denominado como "*moria*"<sup>161</sup>, cuando los efectos de su comportamiento distaban de la normalidad, según fue relatado por los médicos de la UQL y los familiares de ella.

<sup>156</sup> MP4 105AutoAudienciaPruebas 20-04-2023 parte 1; min. 2'32"07"

<sup>157</sup> MP4 105AutoAudienciaPruebas 20-04-2023 parte 1; min. 2'32"27"

<sup>158</sup> MP4 105AutoAudienciaPruebas 20-04-2023 parte 1; min. 2'34"21" y 2'35"09".

<sup>159</sup> MP4 087AudioAudiencia373Pruebas 16-03-2023 Parte1; min. 1'18"11" y 1'20"11". Refirió ejercer parcialmente la profesión debido a su edad y afirmó que desde hace cuatro o cinco años se retiró de la Clínica del Country. También explicó que se vinculó a esa institución hace treinta años para ejercer la psiquiatría de enlace para darle solución a problemas médicos, en casos de ansiedad o de mayor gravedad para que el paciente aborde de la mejor manera su tratamiento.

<sup>160</sup> MP4 087AudioAudiencia373Pruebas 16-03-2023 Parte1; min. 1'22"01".

<sup>161</sup> MP4 087AudioAudiencia373Pruebas 16-03-2023 Parte1; min. 2'02"30".



Valga anotar que, también, el galeno Jaime Jaramillo Mejía elucidó:

*"Ahora, el hecho de que rompan la duramadre o rompan la lámina cribosa no es sinónimo de tener una lesión cerebral. De hecho, como se dice ahí, hasta en el 1% o 2% de las veces los cirujanos rompen la duramadre o rompen la lámina cribosa; pero solo en un porcentaje menor los pacientes tienen evidencia de algún daño. La mayoría de las veces, la evidencia del daño es los cambios del comportamiento postoperatorio. Muy rara vez, el daño se forma un hematoma dentro del cerebro y entonces lo que se ve, cuando un paciente tiene un hematoma dentro del cerebro, estando bajo estado de anestesia, es que las pupilas una tiene un tamaño y la otra otro tamaño y responden de manera distinta a la luz (...) En los años 50, de manera expedita y programada, dañaban el lóbulo frontal y el paciente conversaba y les contestaba y, aparentemente, estaba consciente y orientado y lúcido, sólo que contestaba plano, como si fuera un robot y no manifestaba emociones; y si era una persona muy graciosa, perdía el humor; si era una persona irascible, se comportaba de manera tranquila, es decir, con un afecto plano.*

*Entonces, lo que está escrito cuando hay una lesión en el lóbulo frontal es que las características de la personalidad, del afecto al paciente cambian, pero el estado de consciencia no y no hay un déficit en la capacidad para moverse, ni para sentir, ni para razonar, ni para comer, ni para hablar. Nada de eso."<sup>162</sup> (Se resalta).*

En ese orden de ideas, no podía asumirse normalidad en su comportamiento y abstenerse de abordar con mayor rigurosidad los efectos de la cirugía, con la práctica de otras evaluaciones y estudios de mayor rigor que un TAC simple, v.gr., una RNM cerebral, más aún cuando en el concepto elaborado por el Departamento de Cirugía de la Universidad Nacional respecto de la imagen de dicha tomografía se manifestó que no se evidenciaba ninguna alteración en la parénquima cerebral, haciendo la salvedad que los síntomas de convulsión y alteraciones cognoscitivas sí podían ser indicios de lesión cerebral. (pág. 36 contestación de la demanda Fandiño Franky), cuando las funciones básicas de Viviana Serrano Macías (Q.E.P.D.) estaban identificadas, mas no lo relativo a su comportamiento y posible afectación del lóbulo frontal del cerebro.

A lo que se añade que el examen clínico no fue contundente pues Viviana Serrano Macías (Q.E.P.D.) no podía hablar porque estaba intervenida en

---

<sup>162</sup> MP4 106 AudioAudienciaPruebas 20-04-2023 Parte 2; min. 8"08" y 11"01".



nariz y boca, sumado a que había sido intubada, estaba incómoda y, según el dicho del galeno Gómez Cabal, tenía imposibilidad de respirar<sup>163</sup>.

De modo que su valoración no era del todo completa para apreciar esos signos en conjunto y mucho menos para considerarlo como una ofuscación normal, cuando, se insiste, había una remisión previa con las alteraciones advertidas y su comportamiento resultaba extraño, según lo informado por la Clínica remitente, de donde no podía concluirse una evolución favorable.

Y es que la normalidad en los signos vitales, como contar con una saturación sobre el 96%, tener una tensión normal, mover las extremidades, reflejar las pupilas en 3mm, no eran suficientes para apreciar una correcta evolución neurológica, cuando una de las complicaciones propias de la intervención transnasal era la fístula del líquido cefalorraquídeo y la laceración cerebral -se itera- a riesgo de tautología.

Igual acontecer se deriva del testimonio del Dr. Eduardo Robayo Peña, médico de la Universidad del Bosque, especializado en anestesiología, reanimación y cuidado intensivo, quien atendió a la paciente en la Clínica del Country<sup>164</sup>, pues historió haber recibido el turno en la Unidad de Cuidado Intensivo, a las 7:00 de la mañana, cuando la paciente estaba extubada, despierta, consciente y no presentaba ningún compromiso<sup>165</sup>; resaltó la normalidad de los resultados que arrojaron el TAC, las placas del tórax y los exámenes de sangre, así como el escaso sangrado en la zona quirúrgica<sup>166</sup>.

Y aunque también señaló que el malgenio y el trato no fue extraño para la familia, razón que impidió acogerlo como un signo de alerta<sup>167</sup>; pasó

---

<sup>163</sup> MP4 087AudioAudiencia373Pruebas 16-03-2023 Parte1; min. 1'23"25".

<sup>164</sup> MP4 079AudioAudienciaPruebas09-03-2023 Parte2; min. 2"02".

<sup>165</sup> MP4 079AudioAudienciaPruebas09-03-2023 Parte2; min. 3"28".

<sup>166</sup> MP4 079AudioAudienciaPruebas09-03-2023 Parte2; min. 14"54".

<sup>167</sup> MP4 079AudioAudienciaPruebas09-03-2023 Parte2; min. 1'13"45".



por alto las implicaciones de la intervención trasnasal, lo mismo que las notas remisorias de la UQLA.

Sobre este punto, debe recordarse que el radiólogo William Armando López Quiroga, explicó que la lesión de la lámina cribosa era posible, más no se evidenció en el TAC ni se presentaron hallazgos, como signos de hemorragia intracerebral cortical frontal o hematoma<sup>168</sup>; además, que los axiales se veían normales y todo esto, en su sentir, podría explicar el por qué el patólogo no las refirió en el informe<sup>169</sup>.

No obstante, también señaló las bondades del TAC y de la resonancia magnética, para resaltar que se trata de tecnologías totalmente distintas y complementarias en la evaluación de los órganos. El primero, brinda información de la parte ósea, para el segundo, el hueso es invisible y es útil en la identificación de los tejidos blandos, así como en las lesiones del cerebro. Añadió que elegir entre uno u otro está al criterio del clínico<sup>170</sup>.

De la misma manera, su homólogo, Diego Pineda señaló que, en el año 2021, se le pidió hacer un segundo estudio a las imágenes diagnósticas practicadas a la paciente y exteriorizó que en la tomografía computada observó cambios postoperatorios en las fosas nasales, verificó cánulas hacia ellas de forma bilateral, componentes de secreciones, hemorragia dentro de la cavidad nasal y en los senos paranasales<sup>171</sup>.

Como descubrimientos extracerebrales, valoró la normalidad en la densidad del parénquima cerebral, no visualizó lesiones hemorrágicas o expansivas, desplazamientos de las estructuras de la línea media ni signos de compresión, en el tallo cerebral o en el sistema ventricular, menos aún hematomas que permitieran adelantar una evaluación neurológica aguda,

---

<sup>168</sup> MP4 088AudioAudiencia373Pruebas 16-03-2023 Parte2; min. 18"23".

<sup>169</sup> MP4 088AudioAudiencia373Pruebas 16-03-2023 Parte2; min. 24"22".

<sup>170</sup> MP4 088AudioAudiencia373Pruebas 16-03-2023 Parte2; min. 41"07".

<sup>171</sup> MP4 088AudioAudiencia373Pruebas 16-03-2023 Parte2; min. 52"39" y 54"23".



en el contexto de un paciente con sospecha de trauma o deterioro neurológico<sup>172</sup>.

En relación con la visualización de la laceración cerebral, explicó que no es un término que sea utilizado en la neuroimagen y en la zona impactada se pretende avizorar circunstancias indirectas, básicamente hematomas relacionados con una contusión<sup>173</sup>, en virtud a que son sutiles los traumas intrahospitalarios<sup>174</sup>.

Destáquese que Diego Pineda detalló que de existir deterioro neurológico agudo, el primer examen es la tomografía computarizada por la disponibilidad, la velocidad, la facilidad de interpretación<sup>175</sup>; sin embargo, precisó que la práctica de otro examen estaba sujeta al criterio del médico tratante<sup>176</sup>.

Explicó que “(...) *la resonancia magnética per se tiene mayor capacidad diagnóstica porque tiene mayor resolución espacial y temporal, las imágenes son más claras, son más evidentes, se puede hacer evaluación de algunas condiciones que precisamente no examina la tomografía computada, es decir, puede mostrar con mayor claridad alteraciones de todo el tejido encefálico. De hecho, es el método de elección para el parénquima cerebral, en eventos no agudos, crónicos y para evaluaciones funcionales*”<sup>177</sup>; es decir, cuando hay hemorragia, cambios de conducta, convulsiones, a los meses de evolución se práctica este examen para verificar las consecuencias o secuelas<sup>178</sup>.

Las narraciones hechas por los radiólogos no son sesgadas o parcializadas. Por consiguiente, su exposición le brinda a la Sala mejores elementos para reconocer que los médicos tratantes de la Clínica del

---

<sup>172</sup> MP4 088AudioAudiencia373Pruebas 16-03-2023 Parte2; min. 52"39" y 54"23".

<sup>173</sup> MP4 088AudioAudiencia373Pruebas 16-03-2023 Parte2; min. 56"10".

<sup>174</sup> MP4 088AudioAudiencia373Pruebas 16-03-2023 Parte2; min. 1'12"29".

<sup>175</sup> MP4 088AudioAudiencia373Pruebas 16-03-2023 Parte2; min. 1'03"48".

<sup>176</sup> MP4 088AudioAudiencia373Pruebas 16-03-2023 Parte2; min. 1'06"11".

<sup>177</sup> MP4 088AudioAudiencia373Pruebas 16-03-2023 Parte2; min. 1'26"43".

<sup>178</sup> MP4 088AudioAudiencia373Pruebas 16-03-2023 Parte2; min. 1'29"28".



Country, entre ellos el neurocirujano, debieron acudir a otros recursos, como la resonancia magnética u otros estudios de mayor rigor, como hubiere podido ser la cisterno-RNM, la que conforme al documento que reposa a folio 41 de la contestación de la demanda presentada por el galeno Fandiño, “constituye el método de elección y de primera línea en pacientes con sospecha de fístula de LCR (...) y si bien no estudia en detalle la anatomía de la base del cráneo como la TC, permite a diferencia de ella, un análisis integral del cráneo y su contenido, el trayecto de la fístula, la alteración meníngea acompañante o saco y su contenido”, para obtener el diagnóstico del padecimiento de Viviana Serrano Macías (Q.E.P.D.), cuando del caudal probatorio reseñado se evidencia que su sintomatología era de afectación neurológica, tal como se señala en el concepto rendido por la Facultad de Medicina Departamento de Cirugía de la Universidad Nacional cuando se expresa que “los síntomas de convulsión y alteraciones cognoscitivas si pueden ser indicios de lesión cerebral”, pese a lo cual, itera la Sala, se optó por egresarla de la Unidad de Cuidados Intensivos, sin haberle ordenado la aludida prueba diagnóstica.

El deponente técnico Hernando Alberto Cifuentes Lobelo, médico neurocirujano con adiestramiento en base de cráneo, vinculado a la Clínica del Country<sup>179</sup>, apuntó:

*“(...) [C]uando a un paciente se le hace un procedimiento quirúrgico, ya sea por la base del cráneo o por cualquier situación transcraneal, por cualquier lado, y un paciente que hace una complicación, convulsiona, hace paro y la intuban, uno lo primero que sospecha es que haya sucedido algo dentro del cerebro ¿cierto?, que haya habido una lesión vascular que es la única y de las únicas complicaciones tan agudas que puede suceder y que lleve a esa situación, pero nosotros le descartamos esa situación cuando llegó a la Clínica del Country y dijimos eso es algo medicamentoso, algo que está pasando. Tan es así que ella se mejoró de la situación y la extubaron, y toda la cosa.*

*Si hubiese sido algo agudo, transquirúrgico, no se recupera, eso si se lo aseguro, si es un hematoma que hubiese hecho, si tuviere una lesión vascular de la carótida, que está ahí cerca de donde estaban trabajando, pues yo creo que, enseguida, inmediatamente, nosotros le identificamos y ya el manejo es totalmente diferente (...)”<sup>180</sup>.*

<sup>179</sup> PDF 015ContestacionAdministradoraCountry; fls. 24-29.

<sup>180</sup> MP4 080AudioAudienciaPruebas09-03-2023 Parte3; min. 30”40”.



Consecuentemente, ilustró que esa hipótesis fue desechada a través de las imágenes diagnósticas TAC – Tomografía Axial Computarizada-, debido a que no vio hemorragia ni lesión vascular<sup>181</sup> y elucidó el tratamiento que debe darse en casos en que ocurra una fístula de líquido cefalorraquídeo, esto es, medicar para reducir la producción de ese fluido, así como controlar su salida, más su efecto no conduce a la muerte, concitó<sup>182</sup>.

Acerca de la presencia de esas secreciones, comentó la ausencia de un escape debido a que los senos no se habían llenado con éste y ella no daba manifestación alguna sobre la sensación de sabor salado al deglutir<sup>183</sup>. Resaltó que no se practicó resonancia simple ni con contraste porque "(...) *esta paciente era una cosa aguda y no tenía hipodensidades en ninguna zona del cerebro, como para que nos indicara hacer una resonancia. Nosotros teníamos ya, de entrada, habíamos dicho que este paciente, su complicación que tenía, no era secundario al manejo quirúrgico que le habían hecho porque no tenía lesiones vasculares, no tenía lesiones de ninguna (...)*"<sup>184</sup>; sin embargo, salta a la vista que no paró mientes en la generalidad del comportamiento para evidenciar alteraciones derivadas de la fístula de líquido cefalorraquídeo, el cual, tal como quedó decantado líneas arriba, era un riesgo previsible del que fue debidamente informada la paciente fallecida.

Inclusive, contó que los cortes descritos en la necropsia no podían revisarse con el TAC o la resonancia porque, en su opinión, eran muy pequeñas y los cortes de estas son milimétricos, entre 3mm y 5mm, por eso advirtió la importancia de los signos indirectos, como sangre en la base del cráneo o en el neumocéfalo, que eran ausentes<sup>185</sup>.

---

<sup>181</sup> MP4 080AudioAudienciaPruebas09-03-2023 Parte3; min. 32"45".

<sup>182</sup> MP4 080AudioAudienciaPruebas09-03-2023 Parte3; min. 32"45".

<sup>183</sup> MP4 080AudioAudienciaPruebas09-03-2023 Parte3; min. 34"18".

<sup>184</sup> MP4 080AudioAudienciaPruebas09-03-2023 Parte3; min. 1'02"30".

<sup>185</sup> MP4 080AudioAudienciaPruebas09-03-2023 Parte3; min. 1'27"01".



Para esta Corporación, la explicación del galeno genera varias dudas, entre ellas, que el segundo de los elementos imagenológicos es eficaz para verificar tejidos blandos, como lo explicaron los radiólogos; aunado a que las laceraciones superaban los cortes de 3mm y 5mm. Nótese que los rasgos de los traumas de la lámina cribosa y del hueso etmoides derecho tenían una magnitud de 1.1cm x 0.6cm, la meninge tanto de la duramadre como aracnoides en la fosa anterior, por encima de la lámina cribosa y del etmoides derecho, fue impactada en una superficie de 1cm x 0.5cm, así como la cintilla olfatoria derecha, junto con el lóbulo frontal subyacente, habían sido lacerados en una longitud de 0.8cm x 0.5cm, con 3.5cm de profundidad.

Bajo ese tenor queda claro, que no se hizo uso de los recursos que estaban al alcance de esa institución de tercer nivel, con el fin de determinar cuál era la razón de los síntomas de la paciente y de las alteraciones en su comportamiento, más aún, cuando todos ellos habían surgido luego de la intervención quirúrgica, pues en su historia clínica no existían antecedentes sobre ningún tipo de afectación psiquiátrica y se cernía la sospecha de una lesión cerebral.

Destáquese que el propio deponente resaltó que, para identificar esos defectos podía prescribirse en el TAC cortes de 1mm, resonancias milimétricas u ordenarse un Angiotac, medio de contraste que permite reconstruir la base del cráneo, de los cuales no hizo uso porque ella no tenía clínica ni signos directos ni indirectos de lesión vascular<sup>186</sup>.

Y es que, ante ello, el galeno afirmó que no era común la convulsión ni los comportamientos agresivos, y trató de asociar esos actos a reacciones anafilácticas, derivadas de medicamentos o analgésicos<sup>187</sup>, cuando se descartó por la UQLA con antelación a la remisión de la paciente, pues para el momento de su traslado ya no presentaba esa afectación alérgica.

---

<sup>186</sup> MP4 080AudioAudienciaPruebas09-03-2023 Parte3; min. 1'52"00".

<sup>187</sup> MP4 080AudioAudienciaPruebas09-03-2023 Parte3; min. 1'54"10".



De modo que ante esas contradicciones, su relato luce sesgado para derivar la imposibilidad de diagnosticarse la presencia de una anafilaxis, la mejoría neurológica, el desconocimiento de sus comportamientos agresivos, agitados y poco comunes, sumado a las secreciones excesiva que fueron reportadas en las terapias respiratorias y en las notas de enfermería, como material sanguinolento que escapaban al taponamiento; por demás, de la imposibilidad que tenía Viviana Serrano Macías para expresar la totalidad de sus sensaciones en el postoperatorio.

A corolario, si no se avizó sintomatología indirecta en el TAC, se debió escudriñar mediante otro soporte diagnóstico para verificar la causa de los otros elementos presentes e indicadores de una afectación cerebral. Cuidado que debió tenerse por la totalidad de señales advertidas en la UQLA; con mucha más razón, si la occisa había sido remitida a la institución del Country para ser valorada ante la sospecha de complicación cerebral.

Por su parte, Mauricio Serrano Macías, hermano de la fallecida, reiteró lo sucedido con el TAC, las condiciones reflejadas en torno a la normalidad de su hermana<sup>188</sup> y narró;

*"(...) [E]l 26 de febrero, ella pasa esa noche en cuidados intensivos, nosotros la vemos en los dos horarios habilitados por la clínica, por la mañana y por la tarde, y nunca vimos a mi hermana bien y, ¡oh! Sorpresa, en la visita de la tarde nos informan que ya la van a pasar a cuarto de recuperación, pero nosotros nunca la vimos bien. Una cantidad de síntomas que están pues descritos en la Historia Clínica, pero pues uno le cree a los médicos cuando dicen que la pasan a cuarto de recuperación, se decide que yo sea la persona que pase la noche con ella, pero siempre mi hermana estaba sedada y no la veíamos bien, y en vista de que no la veíamos bien, también pues, y que los médicos nos decían de que todo estaba bien, que o sea, que al día siguiente ya se iba a ir a la casa, mi mamá dice: 'yo no veo a mi hija bien, o sea llamen a un psiquiatra o miren que otras cosas hacer'. Entonces, eso queda escrito en la historia clínica y dicen que al día siguiente van a conseguir a un especialista y durante esa noche fue un psiquiatra, trató de evaluarla, pero como mi hermana estaba totalmente sedada pues no puedo hacer mayor cosa (...)"<sup>189</sup>.*

<sup>188</sup> MP4 061AudioAudiencia372-PrimeraParte; min. 41"15".

<sup>189</sup> MP4 061AudioAudiencia372-PrimeraParte; min. 42"54".



Lo anterior, halla mayor respaldo en lo dictaminado por el Dr. William Camilo Parada Ochoa, auxiliar de la justicia convocado por los demandantes, especialista en medicina crítica, cuidado intensivo, médico de las Clínicas Shaio y Marly, desde el año 2012<sup>190</sup>, quien refirió, estuvo bien indicado el TAC puesto que varias cosas hacían sospechar de una lesión en el cerebro de la paciente: los episodios convulsivos y su comportamiento anormal, que en ocasiones no mostraba eventos hiperagudos.

Agregó que el centro médico contaba con facilidad de recursos para verificar esas situaciones, como un TAC de control posterior o resonancia magnética<sup>191</sup>, por ese motivo detalló que,

*"(...) la sospecha clínica estaba dada por las cosas que habían pasado antes, había estado en una cirugía y había tenido manifestaciones de comportamiento y había tenido un problema convulsivo. El problema es que ahí el sitio, donde la operaron, es un sitio que queda debajo de como de los lóbulos frontales del cerebro y las manifestaciones a veces de los lóbulos frontales. Cuando se lesionan es muy epileptogénico, ese junto con otro lóbulo que no es del caso, genera mucho muchas crisis convulsivas, y lo otro es que en los lóbulos frontales hay como esa parte que nos permite a nosotros tener como un control sobre la conducta y sobre las emociones. Entonces, es como la parte que nos hace tener como conciencia de que tenemos que dejar de ser, por ejemplo, agresivos o el pudor o cosas así y pues digamos de lo que uno ve de la historia clínica, sobre todo, más como en la parte de la descripción de las enfermeras y las terapeutas que atendían el caso es que todo el tiempo había como manifestaciones de alteración del comportamiento"<sup>192</sup>.*

Llamó la atención de la verificación postextubación que, por lo general, es manejada en un lapso de 24 horas y en el caso bajo estudio fue mucho menor<sup>193</sup>. Añadió a lo dicho que *"(...) todo daba para pensar en unas sospechas diagnósticas que hubieran podido llevar como a un abordaje capacitado mejor, como más técnico, teniendo en cuenta el sitio donde se encontraba la paciente y teniendo en cuenta como los recursos que podía disponer la paciente, para así acercarse a un mejor enfoque*

---

<sup>190</sup> MP4 098AudioAudienciaPruebas 13-04-2023 Parte 1; min. 48"02".

<sup>191</sup> MP4 098AudioAudienciaPruebas 13-04-2023 Parte 1; min. 50"50".

<sup>192</sup> MP4 098AudioAudienciaPruebas 13-04-2023 Parte 1; min. 1'04"36".

<sup>193</sup> MP4 098AudioAudienciaPruebas 13-04-2023 Parte 1; min. 1'06"40".



*terapéutico que hubiera podido como mejorar las probabilidades de que la paciente sobreviviera.”<sup>194</sup>.*

También resaltó que, más allá de haberse practicado una resonancia o un TAC, debió basarse en por lo menos dos vías de identificación “(...) *Digamos que los caminos pueden ser varios, pero se puede, pues por lo menos dos, porque había otro que podía ser, pero digamos que para tomar una imagen de control, así no fuera la resonancia, había que basarse como en una evolución no buena de la paciente. Y a mí me parece que la paciente tenía esa no evolución buena (...)*”<sup>195</sup>.

Es más, el experto Luis Alberto Álvarez Pinzón indicó que el líquido cefalorraquídeo es transparente, baña el cerebro y la médula espinal para garantizar su protección ante traumas o lesiones. Definió la fístula de este líquido como la pérdida de éste, producida por la comunicación entre el espacio intracraneal con la cavidad nasal que franquea las barreras que existen entre las meninges la estructura ósea de la base del cráneo, la nariz y senos paranasales. Dentro de ellas refirió que una de las causas de su aparición es secundaria a procedimientos quirúrgicos de base de cráneo o cirugía endoscópica nasal<sup>196</sup>.

Frente al dictamen pericial de neurocirugía practicado por Jorge Humberto Aristizábal Maya<sup>197</sup>, señaló que la valoración por neurocirugía se produjo por la crisis convulsiva avalada como posible complicación del proceso quirúrgico, anestésico o de lesión estructural como causa de una primera convulsión<sup>198</sup>. Adicionalmente, elucidó:

*“La Tomografía Axial Computarizada de Cráneo Simple, es el estudio de elección y está indicada para evaluar una complicación del procedimiento nasal, determinando la existencia de una lesión intracraneana (tumor, angioma cavernoso, etc.), hemorragias intracerebrales (frontobasal) o subaracnoideas, isquemia o de la base del cráneo.*

<sup>194</sup> MP4 098AudioAudienciaPruebas 13-04-2023 Parte 1; min. 1’53”51”.

<sup>195</sup> MP4 098AudioAudienciaPruebas 13-04-2023 Parte 1; min. 1’55”46”.

<sup>196</sup> PDF 016DictamenPericial; fl. 5.

<sup>197</sup> PDF 037 DictamenPericial; fl. 12; jefe del servicio de neurología de la Fundación Cardio Infantil del Instituto de Cardiología y jefe de neurocirugía del Hospital Simón Bolívar.

<sup>198</sup> PDF 037 DictamenPericial; fl. 12



*La escanografía es el examen que hacemos al evaluar estos casos, es un examen que se obtiene en forma rápida y es especialmente útil por su sensibilidad para ver hemorragias cerebrales, indicativos de lesión vascular como una de las lesiones mayores catastróficas de una cirugía nasal; además, permite ver las estructuras óseas del piso de la fosa anterior, en busca de un defecto de la base del cráneo (fosa anterior) que indique el ingreso a la cavidad craneana durante la cirugía, se busca una pérdida de la integridad del piso de la fosa anterior”<sup>199</sup>*

Es más, fue él mismo quien reseñó la importancia de identificar la etiología de la alteración de la conciencia y de la posible “convulsión” referida en la otra institución. Aun cuando el experto puso en duda este último evento, en todos los apartes clínicos y la contradicción de las pruebas no fue desvirtuado el acaecimiento de la aludida convulsión tónico-clónica que presentó tras la cirugía Viviana Serrano Macías (Q.E.P.D.), en la UQLA.

Respecto del diagnóstico, ese perito neurocirujano – Jorge Humberto Aristizábal Maya- fue ambivalente pues inicialmente sostuvo que en la historia clínica no había alusión a una fístula de líquido cefalorraquídeo, en vista de que las secreciones reportadas eran sero mucosas sanguinolentas, esperadas para esta clase de cirugías; no obstante, momentos después, aclaró que esos fluidos diferían de aquella, cuya sensación es de goteo continuo de agua hemorrágica, la cual se puede calificar como en alta o baja, y es eliminada por la nariz o deglutida. Paralelamente, precisó que podía confundirse con aguasangre o con la secreción nasal habitual de estas cirugías, la cual estaba acompañada de dolor de cabeza continuo y progresivo, náuseas o vómito<sup>200</sup>.

Entonces, los reportes de enfermería de la Clínica del Country y de la terapeuta respiratoria apuntaban a secreciones excesivas en su momento, signos que debieron asociarse a los ya descritos, para no dejarlos caer en el vacío y ser acogidos a fin de agotar los recursos en la identificación de las laceraciones cerebrales que sufrió la causante.

---

<sup>199</sup> PDF 037DictamenPericial; fl. 13.

<sup>200</sup> PDF 037DictamenPericial; fl. 18.



Al respecto, en el dictamen adosado a la demanda el perito médico Rubén Darío Angulo González afirmó;

**SI SE LE HUBIESE DIAGNOSTICADO LA LESION CEREBRAL, A LA PACIENTE, CON EXAMENS RADIOLOGICOS DE ALTA TECNOLOGIA COMO SON LAS RESONANCIAS MAGNETICAS Y LAS TOMOGRAFIAS AXIALES COMPUTARIZADAS, Y NO SOLO UNOS TAC SIMPLE DE CEREBRO, SIN ESTUDIOS COMPLETOS, YA QUE A PESAR DE TENER EL DAÑO EN EL LOBULO FRONTAL, NO FUE DIAGNOSTICADO, ASI, SE LE HABRIA PODIDO DAR A LA PACIENTE LA OPORTUNIDAD DE TRATARLE EL DAÑO QUE SE LE PRODUJO EN EL CEREBRO EN LA INTERVENCION QUIRURGICA, PERO NI EN ESO TUVO SUERTE LA HOY OCCISA.**

Sobre este concepto, se allegó parte de la literatura en otro idioma, sin la respectiva traducción, de manera que no pudo ser valorada conforme a lo previsto en el canon 251 del C.G.P.<sup>201</sup>; empero, tanto las conclusiones como las definiciones fueron recopiladas por los auxiliares de la justicia convocados.

Por último, en cuanto al deceso de la paciente, el testigo técnico Daniel Álvarez Segura<sup>202</sup>, explicó que fue llamado por el código "A" y subió, porque se requería la asistencia de diferentes áreas, entre ellas el cirujano de turno de urgencias; notó que estaba en paro cardiorrespiratorio, en muerte clínica y ante el desconocimiento del tiempo se trató de reanimar<sup>203</sup>. Relató que al entrar en paro cardiorrespiratorio únicamente puede producirse edema cerebral y que la reanimación cardiopulmonar podría contribuir un poco; sin embargo, esclareció que para definir las causas del fallecimiento debió acudir a lo identificado en la necropsia<sup>204</sup>.

<sup>201</sup> PDF 037DictamenPericial; fl. 6-10.

<sup>202</sup> PDF 015ContestacionAdministradoraCountry; fls. 50-66; Para sustentar su idoneidad fueron allegados los soportes de su experiencia y de los estudios realizados.

<sup>203</sup> MP4 080AudioAudienciaPruebas09-03-2023 Parte3; min.4"12"

<sup>204</sup> MP4 080AudioAudienciaPruebas09-03-2023 Parte3; min. 15"42".



A su turno, Germán Arturo Beltrán Gálvez, médico especialista en anatomía patológica, quien labora en medicina legal como patólogo, reseñó que elaboró un estudio histopatológico, en el que no se incluyó el cerebro porque el neuropatólogo hace un estudio macroscópico y él no envió cortes para histología<sup>205</sup>. Agregó que su análisis nada tuvo que ver con la parte neurológica o cerebral de la occisa<sup>206</sup> y planteó que el edema pulmonar marcado y la congestión visceral generalizada en los órganos que examinó pueden estar asociados a las maniobras de reanimación, no así la neumonía incipiente que se manifestó<sup>207</sup>.

Y es conforme lo decantó la Corte Suprema de Justicia en pretérita oportunidad;

*"(...)esto coloca al juez ante un singular apremio, consistente en diferenciar el error culposo del que no lo es, pero tal problema es superable acudiendo a la apreciación de los medios utilizados para obtener el diagnóstico, a la determinación de la negligencia en la que hubiese incurrido en la valoración de los síntomas; en la equivocación que cometa en aquellos casos, no pocos, ciertamente, **en los que, dadas las características de la sintomatología, era exigible exactitud en el diagnóstico, o cuando la ayuda diagnóstica arrojaba la suficiente certeza**. De manera, pues, que el meollo del asunto es determinar cuáles recursos habría empleado un médico prudente y diligente para dar una certera diagnosis, y si ellos fueron o no aprovechados, y en este último caso porque no lo fueron. (Sentencia Expediente No.05001 3103 002 1998 00869 00 del 28 de junio de 2011, citada en la sentencia de 26 de noviembre 2010, Exp.08667).*

Por todo lo anterior, resulta claro el nexo causal existente entre la ausencia de diagnóstico que condujo a la falta de tratamiento oportuno para abordar la laceración cerebral y la ocurrencia del deceso de Viviana Serrano Macías (Q.E.P.D.), pues lo cierto es que no se utilizaron los medios idóneos para obtener aquél, habiéndose incurrido en negligencia en la valoración de los síntomas por esta presentados. (ver Sent. Exp. No 05001 3103 002 1998 00869 00 del 28 de junio de 2011).

<sup>205</sup> MP4 122AudioAudienciaPRuebas22-06-2023; min. 9"40".

<sup>206</sup> MP4 122AudioAudienciaPRuebas22-06-2023; min. 12"00".

<sup>207</sup> MP4 122AudioAudienciaPRuebas22-06-2023; min. 13"14".



Desde esa óptica no se acogerán los medios exceptivos alegados por Administradora Country S.A.S. rotulados *“inexistencia de una actuación culposa y/o negligente; apreciación del acto médico - naturaleza de las obligaciones médico-asistenciales; inexistencia de un presunto error diagnóstico; inexistencia de nexo causal – el daño no es imputable a su actuación; cumplimiento de los estándares en la prestación de los servicios de salud.”*

Tampoco saldrán avante las defensas invocadas por Allianz Seguros de Vida S.A. de *“Inexistencia de prueba de falla médica y de responsabilidad, debido al actuar diligente, oportuno, adecuado y cuidadoso de la Clínica del Country.”*

9. En lo que atañe a la literatura médica acogida por el juez de primer grado, es evidente que no fue controvertida por las partes, pero resulta incontestable la imposibilidad que le asistía al *a quo* para valorarla en el fallo confutado. Rememórese que la Corte Suprema de Justicia puntualizó lo siguiente:

*“2.3. Adicionalmente, propender porque los jueces hagan estudios especializados según el caso, sin apoyarse en expertos o profesionales, desconoce el principio de necesidad de la prueba (artículo 174 del Código de Procedimiento Civil y 164 del Código General del Proceso), pues el fallo no se apoyará en los medios suasorios regularmente allegados al proceso, sino en la investigación que de forma intuitiva adelante el fallador, sin que existan elementos para establecer su corrección o pertinencia.*

*Con tal proceder, además, se desconocerían los derechos de defensa y contradicción de la parte vencida, quien no tendría la posibilidad de contradecir las conclusiones o probar en contrario.*

*De admitirse esta posibilidad, el sistema de sana crítica devendría en una libre valoración, pues el juzgador podría imponer su convicción al momento de decidir - aunque basado en una indagación personal de la literatura técnica-, sin permitirse ninguna discusión por las partes. (...)”<sup>208</sup>.*

En ese orden de ideas, no podía haberse dado pábulo a doctrina médica que no hubiere sido conocida por los extremos en contienda, como lo hizo

---

<sup>208</sup> Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil. Sentencia SC9193-2017 de 28 de junio de 2017. Rad. 11001-31-03-039-2011-00108-01.



el funcionario de primera instancia. Ello no era óbice para que se pudiera valorar el material documental allegado oportunamente, los dictámenes rendidos y las versiones de los testigos técnicos recibidas, las cuales permitieron que se llegara a la conclusión previamente expuesta.

10. En relación con la prescripción de la acción de responsabilidad civil debe decirse que a la luz del canon 2536 del Código Civil la acción ordinaria se extingue por la vía prescriptiva luego de transcurrir diez años de la causa que la suscita; de modo que, la acción de resarcimiento corresponde al acto médico propiamente dicho y no a la acción derivada del contrato de seguro.

Bajo ese tenor, si los hechos ocurrieron el 25 de febrero de 2011, en principio, ese lapso se cumpliría ese mismo día del año 2021.

Sin embargo, si al amparo de lo previsto en el canon 21 de la Ley 640 de 2001, la solicitud de conciliación fue presentada el 26 de julio de 2013 y la certificación de no haberse llegado a ningún acuerdo se expidió el 25 de septiembre de 2013<sup>209</sup>, no pudo contabilizarse durante ese periodo el plazo extintivo. A ello se agrega, que los términos judiciales fueron suspendidos entre el 16 de marzo y el 31 de junio de 2020, conforme a las disposiciones emitidas por el Consejo Superior de la Judicatura<sup>210</sup>, por lo que surge diáfano que para la época en que fue interpuesta la demanda, el 2 de marzo de 2021, no se habían cumplido los dos quinquenios exigidos para el decaimiento de la acción.

Súmese a lo dicho que la litis se integró dentro del año siguiente a la notificación del auto por estado a los demandantes; por consiguiente, se logró corroborar la interrupción del lapso extintivo con la demanda presentada.

---

<sup>209</sup> PDF 001Demanda; fl. 08.

<sup>210</sup> Conforme lo dispuso el Consejo Superior de la Judicatura mediante Acuerdos s PCSJA20-11517, PCSJA20-11518, PCSJA20-11519, PCSJA20-11521, PCSJA20-11526, PCSJA20-11527, PCSJA20-11528, PCSJA20-11529, CSJA20-11532, PCSJA20-11546, PCSJA20-11549, PCSJA20-11556 y PCSJA20-11567 y PCSJA20-11581.



Así las cosas, no se hallan probadas las excepciones de *“prescripción de la acción de reparación de que trata el artículo 2358 del Código Civil y prescripción extraordinaria de la acción derivada del contrato de seguro – artículo 1081 del Código de Comercio”*, evocadas por Allianz Seguros de Vida S.A.

10. Ahora bien, el deber de indemnizar se desprende del acto médico, que en el presente asunto correspondió a una omisión acaecida en la Clínica del Country, institución por medio de la cual fue prestada la asistencia del servicio de salud que estuvo cobijado por la Póliza de Seguro de Salud MedicAll MDLL-1093 que fue adquirida por el señor Alfonso Isaac Gutiérrez Pardo en beneficio de su grupo familiar en el que se encontraba Viviana Serrano Macías (Q.E.P.D.). Asimismo, su renovación se produjo hasta el periodo comprendido del 1º de marzo de 2010 y al mismo día del año 2011, que incluía exámenes especiales diagnósticos<sup>211</sup>.

En consecuencia, como la prestadora del servicio de salud, Administradora Country S.A. estaba adscrita a Allianz Seguros de Vida S.A. – antes Aseguradora de Vida Colseguros S.A.-, ambas conservan una relación comercial para la prestación de ese servicio médico, debido a que guardan una unidad de objeto prestacional, situación que conlleva a que ambas respondan solidariamente por los perjuicios ocasionados a los familiares de la paciente fallecida.

Así las cosas, no deben salir airoso las defensas invocadas por Allianz Seguros de Vida S.A., antes Seguros de Vida Colseguros S.A., de *“Cumplimiento de las obligaciones contractuales en cabeza de Allianz Seguros de Vida S.A. con ocasión de la póliza de seguro de salud y Falta de legitimación en la causa por pasiva de Allianz Seguros de Vida S.A.”*

---

<sup>211</sup> PDF 021ContestacionAllianzaSeguros; fls 83-105.



11. Frente a los perjuicios irrogados a los familiares de Viviana Serrano Macías (Q.E.P.D.), se comprueba la causación parcial del menoscabo material pues en la póliza de Seguro de Salud MedicAll MDLL-1093 que fue adquirida por el señor Alfonso Isaac Gutiérrez Pardo en beneficio de su grupo familiar, incluida Viviana Serrano Macías(Q.E.P.D.), se hallaban cubierta las exequias hasta por un valor de \$4'000.000.00 y en los valores reportados por la Funeraria Gaviria S.A. en la Factura de Venta 67316 se aprecia un valor de \$8'974.360.00<sup>212</sup>; en ese orden de ideas, se reconocerá de dicho rubro la suma de \$4'974.360.00 al señor Alfonso Isaac Gutiérrez Pardo, lo mismo que el pago de \$950.000.00 que efectuó con destino a Jardines de Paz S.A.<sup>213</sup>

Asimismo, las sumas de \$1'000.000.00 que honró Isabel Macías para los honorarios de 28 de enero de 2020<sup>214</sup>, \$2'520.000.00 que satisfizo Mauricio Serrano el 3 de septiembre de 2013, por honorarios pagados por adelantar conciliación prejudicial<sup>215</sup>; no así las sumas de \$4'000.000.00 por el dictamen rendido el 10 de enero de 2014<sup>216</sup>; y \$5'902.000.00 por el dictamen rendido por la Universidad Nacional<sup>217</sup>, las cuales, conforme ha sido decantado por la Corte Suprema de Justicia, no se erigen en un daño material que comporta la afectación del patrimonio de una persona y que deba ser indemnizado por esta vía, ya que no ostentan relación con el perjuicio, aunado, el estatuto adjetivo establece expresamente su inclusión en la liquidación de costas, siempre que aparezca comprobado y el juez lo considere razonable. (CSJ Auto de 7 de abril de 2000, expediente 7215, reiterado en Autos de 4 de agosto de 2008, expediente 2005-00791 y 25 de junio de 2012, expediente 110010203000-2009-01192-00).

---

<sup>212</sup> PDF 001Demanda; fl. 146.

<sup>213</sup> PDF 001Demanda; fl. 139.

<sup>214</sup> PDF 001Demanda; fl. 171.

<sup>215</sup> PDF 001Demanda; fl. 181.

<sup>216</sup> PDF 001Demanda; fl. 182.

<sup>217</sup> PDF 001Demanda; fl. 191.



No podrán reconocerse los valores de \$440.000,00 a la señora Isabel Macías, en vista de que no aparece la razón por la cual se generó, tan sólo se hace alusión a una consulta de 22 de diciembre de 2011<sup>218</sup>; \$130.000,00, en favor de Mauricio Serrano Macías, pues se indica que fue otra asistencia de 13 de septiembre de 2012<sup>219</sup> aunado a los pagos de las copias de las historias clínicas, dado que Nercy Rodríguez y Sindy Loreno fueron quienes los sufragaron<sup>220</sup>, como tampoco los gastos causados por el curso de la actuación ante la Fiscalía General de la Nación por el archivo de dicha investigación<sup>221</sup>.

11.1 La afectación moral corresponde a la esfera íntima ocasionada por el fallecimiento de Viviana Serrano Macías (Q.E.P.D.).

Memórese que la estimación de ese perjuicio presenta una fuerte dificultad por la complejidad que reviste determinar económicamente las emociones negativas que se han generado a los afectados tras la pérdida del ser querido; sin embargo, la Corte Suprema de Justicia ha esclarecido que, en aras de propiciar una reparación integral, se puede considerar un quantum de acuerdo con las circunstancias de tiempo, modo y lugar en que sucedieron los acontecimientos, la posición de los dolientes o de la víctima directa, la intensidad de sus sentimientos, el cual le corresponderá al juez valorar en cada caso en concreto, es decir, que queda al arbitrio iuris definir su tasación<sup>222</sup>, de donde para el caso que se juzga no puede pasar inadvertido el estado de evolución desfavorable de poco menos de dos días tras la intervención quirúrgica que le practicaron a Viviana Serrano Macías (Q.E.P.D.), como tampoco el impacto emocional que en sus congéneres causó el progresivo deterioro de su salud, acelerado por

---

<sup>218</sup> PDF 001Demanda; fl. 167.

<sup>219</sup> PDF 001Demanda; fl. 178

<sup>220</sup> PDF 001Demanda; fl. 168 y 171.

<sup>221</sup> PDF 001Demanda; fl. 183

<sup>222</sup> Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, SC665-2019 de 7 de marzo de 2019, radicación nº 05001 31 03 016 2009-00005-01: "(...) relativa satisfacción, es factible establecer su quantum `en el marco fáctico de circunstancias, condiciones de modo, tiempo y lugar de los hechos, situación o posición de la víctima y de los perjudicados, intensidad de la lesión a los sentimientos, dolor, aflicción o pesadumbre y demás factores incidentes conforme al arbitrio judicial ponderado del fallador' (SC18 Sep. 2009, rad. 2005-00406-01)".



la negligencia del personal médico por el que fue atendida en la Clínica del Country, que culminó con su lamentable deceso.

En el sub examine se identifica que concurrieron al proceso en calidad de demandantes Isabel Macías Fuentes, madre de la paciente, Hernando Serrano Álvarez, su padre, Mauricio Serrano Macías y Juan Manuel Gutiérrez Macías, sus hermanos, y Alfonso Gutiérrez Pardo, como su padrastro.

Como medios de prueba del gran daño irrogado a ellos por este concepto, amén de su presunción en cuanto a sus parientes, se recibieron las declaraciones de Mauricio Gómez<sup>223</sup>, Ana Milena Rojas Álvarez<sup>224</sup>, Tatiana Marcela Isaza Velandia<sup>225</sup> y José Johan Pacheco Quiñonez<sup>226</sup>.

Por ese motivo, tratándose de parientes de primer grado de consanguinidad y en consideración a los límites decantados por la jurisprudencia, se reconocerá una indemnización correspondiente a \$60'000.000,00, para sus padres Isabel Macías Fuentes y Hernando Serrano Álvarez; para sus hermanos el guarismo de \$30'000.000,00; para el señor Alfonso Gutiérrez Pardo \$15'000.000,00, en atención a los montos máximos fijados por la Corte Suprema de Justicia, pues aunque fue demostrado el vínculo estrecho que este último tenía con la fallecida al haberla acogido como parte de su núcleo familiar, al punto de incluirla como beneficiaria en la cobertura médica, como se explicó, debe ser catalogado como el resto de los parientes, a quienes sólo puede beneficiarse con la cuarta parte del límite correspondiente a los padres biológicos.

---

<sup>223</sup> MP4 072AudioAudienciaPruebas02-03-2023; min 1'37"02".

<sup>224</sup> MP4 072AudioAudienciaPruebas02-03-2023; min. 2-07-04.

<sup>225</sup> MP4 072AudioAudienciaPruebas02-03-2023; min. 2'22"50".

<sup>226</sup> MP4 072AudioAudienciaPruebas02-03-2023; min 2'22"50".



11.2. El daño a la vida de relación se refiere al padecimiento de la víctima en la interacción con el entorno. En palabras del Alto Tribunal Civil, se trata de la

*"(...) [I]mposibilidad del ejercicio regular de actividades ordinarias de recreo, sosiego o regocijo. Es, pues, la privación 'de los placeres que la víctima podía esperar de una vida normal'. De manera concreta, el daño se presenta como la 'carencia de las ventajas o disfrutes de una vida ordinaria o normal.' Esto es, sobre la vida de la víctima se impone 'una disminución de los placeres y parabienes, por la dificultad o imposibilidad de entregarse a plurales actividades de gozo.' En una palabra, 'es la mutilación de los placeres de la existencia.'"<sup>227</sup>.*

Aclárese que esta afectación moral no se circunscribe al dolor físico o moral, se trata del perjuicio causado a quien lo sufre que le impide disfrutar de su vida en la esfera exterior, el cual tiende a ser de carácter permanente. Para su declaratoria se requiere que sea demostrado dicho detrimento puesto que su resarcimiento reclama que sea cierto, excepción hecha de la presunción que se cierne de su existencia respecto de los parientes cercanos y dada su estirpe extrapatrimonial su reconocimiento es propio del prudente arbitrio del juez, atendiendo, por supuesto, las circunstancias particulares de cada caso.

Quienes demandan el reconocimiento de esta modalidad de daño extrapatrimonial son los padres, padrastro y hermanos de la causante, quienes lo reclaman para sí, estimando este Tribunal que ostentan la legitimación necesaria para tal fin, ello si se tiene en cuenta que la jurisprudencia ha hecho extensivo a terceros dicho resarcimiento;

*"Por manera que, en consonancia con la citada jurisprudencia, luego reiterada, se ha considerado que el daño a la vida de relación es un perjuicio de naturaleza extrapatrimonial, distinto del perjuicio moral, pues tiene carácter especial y con una entidad jurídica propia, porque no se refiere propiamente al dolor físico y moral que experimentan las personas por desmedros producidos en su salud, o por lesión o ausencia de los seres queridos, sino a la afectación emocional que, como consecuencia del daño sufrido en el cuerpo o en la salud, o en otros bienes intangibles de la personalidad o derechos fundamentales, causados a la víctima directa o a terceras personas allegadas a la misma, genera la pérdida de acciones que hacen más agradable la existencia de los seres humanos, como las actividades placenteras, lúdicas, recreativas, deportivas, entre otras. "La valoración de ese daño, ha sentado así mismo la doctrina jurisprudencial citada,*

<sup>227</sup> Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia SC4124-2021 de 16 de noviembre de 2021, radicación 05001-31-03-009-2010-00185-01.



*dada su stirpe extrapatrimonial, es propia del prudente arbitrio del juez (arbitrium iudicis), acorde con las circunstancias particulares de cada evento, y desde esa particular óptica puede considerarse, en línea de principio, que su adopción en las instancias sólo puede cuestionarse en casación cuando la determinación se separa de los elementos de juicio correspondientes. Amén de que en todo caso, la cavilación ponderada alrededor de ese estimativo, requiere de una plataforma fáctico-probatoria que permita ver la realidad ontológica del daño y su grado de afección de la persona involucrada (...)144”.*

Ahora bien, en el expediente se aprecian las declaraciones rendidas, a las que se hizo referencia en líneas precedentes, así como lo acontecido en la historia clínica cuando les fue transmitida la información del fallecimiento de Viviana Serrano Macías (Q.E.P.D.) a los familiares y los momentos previos de angustia por los comportamientos extraños de la misma, en su proceso de deterioro.

Por lo anterior, se estima procedente otorgar dicha prerrogativa pues las reuniones familiares para celebrar fechas especiales, los paseos que hacían en conjunto con otras familias dejaron de realizarse, el ánimo plano de ellos, la recordación continua de su ser querido les ha generado sentimientos de culpa y de impotencia, que impiden un correcto relacionamiento con el entorno.

De modo que se les reconocerá a sus señores padres la suma de \$20'000.000.00, para cada uno, en tanto que a los hermanos el monto de \$10'000.000.00, al ser estos guarismos los peticionados en el libelo demandatorio; mientras que a su padrastro el valor de \$10'000.000.00, ante la existencia y relación estrecha que conservaba con su padre biológico.

En consecuencia, no se tendrán por acreditados los medios de defensa intitulados *“Falta de legitimación en la causa por activa de Alfonso Gutiérrez Pardo; Inexistente relación de causalidad entre el supuesto daño o perjuicio alegado por la parte actora y la actuación de Allianz Seguros de Vida S.A.; Improcedente solicitud de reconocimiento del daño a la vida en relación, Inexistencia e improcedencia del supuesto daño*



*emergente solicitado y Enriquecimiento sin causa”, invocadas por Allianz Seguros de Vida S.A.*

12. Corolario de lo analizado, se impone revocar la decisión del juez de primer grado y ante las resultas de la alzada, se condenará a Allianz Seguros de Vida S.A. y Administradora Country S.A. al pago de las costas causadas en ambas instancias, y en favor de los demandados Luis Fernando Fandiño Frankly y la Unidad Quirúrgica Los Alpes – ahora Mediport S.A.S., serán asumidas por los demandantes las causadas en las dos instancias.

#### **IV. DECISIÓN**

En mérito de lo expuesto, **el Tribunal Superior de Bogotá, Sala Quinta Civil de Decisión, administrando justicia en nombre la República y por Autoridad de la Ley,**

#### **RESUELVE**

**PRIMERO: REVOCAR** la sentencia de 15 de enero de 2024, proferida por el Juzgado 4º Civil del Circuito de Bogotá D.C., para en su lugar,

***"PRIMERO: DECLARAR** civilmente responsable a Allianz Seguros de Vida S.A. y Administradora Country S.A.*

***SEGUNDO: CONDENAR** a Allianz Seguros de Vida S.A. y Administradora Country S.A. a pagarle a los demandantes las sumas que se consignan en el siguiente cuadro y por los conceptos allí relacionados:*

<b>Accionante</b>	<b>Daño emergente</b>	<b>Perjuicios morales</b>	<b>Daños a la vida de relación</b>
Isabel Macías Fuentes (madre)	\$1'000.000.00	\$60'000.000,00	20'000,000,00
Hernando Serrano Álvarez (padre)		\$60'000.000,00	20'000,000,00
Alfonso Gutiérrez Pardo (padraastro)	\$5'924.000.00	\$15'000.000,00	10'000.000,00
Mauricio Serrano Macías (hermano)	\$3'520.000.00	\$30'000.000,00	10'000,000,00



Juan Manuel Gutiérrez Macías (hermano)		\$30'000.000,00	10'000,000,00
--	--	-----------------	---------------

**TERCERO:** *Negar las demás sumas solicitadas a título de indemnización.*

**CUARTO: DECLARAR** *probadas las excepciones de adecuada información suministrada en el consentimiento informado, propuesta por Luis Fernando Fandiño Franky; el hecho de un tercero, ausencia de culpa, ausencia de nexo causal y, ocurrencia del álea terapéutico evocadas por la Unidad Quirúrgica Los Alpes – ahora Mediport S.A.S.*

**QUINTO: NO ACOGER** *los medios exceptivos alegados por Administradora Country S.A.S. de "Inexistencia de una actuación culposa y/o negligente; apreciación del acto médico - naturaleza de las obligaciones médico-asistenciales; inexistencia de un presunto error diagnóstico; inexistencia de nexo causal – el daño no es imputable a su actuación; cumplimiento de los estándares en la prestación de los servicios de salud"; las defensas invocadas por Allianz Seguros de Vida S.A. de "Inexistencia de prueba de falla médica y de responsabilidad, debido al actuar diligente, oportuno, adecuado y cuidadoso de la Clínica del Country, de prescripción de la acción de reparación de que trata el artículo 2358 del Código Civil y prescripción extraordinaria de la acción derivada del contrato de seguro – artículo 1081 del Código de Comercio, de Falta de legitimación en la causa por activa de Alfonso Gutiérrez Pardo; Inexistente relación de causalidad entre el supuesto daño o perjuicio alegado por la parte actora y la actuación de Allianz Seguros de Vida S.A.; Los daños morales solicitados por los demandantes son exorbitantes, desbordando así todo criterio y lineamiento jurisprudencial de la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia; Improcedencia de reconocimiento del daño a derechos y bienes constitucionalmente protegidos; Improcedente solicitud de reconocimiento del daño a la vida en relación, Inexistencia e improcedencia del supuesto daño emergente solicitado y Enriquecimiento sin causa, Cumplimiento de las obligaciones contractuales en cabeza de Allianz Seguros de Vida S.A. con ocasión de la póliza de seguro de salud, Falta de legitimación en la causa por pasiva de Allianz Seguros de Vida S.A. e improcedente reconocimiento del daño a la vida en relación a favor de Alfonso Gutiérrez Pardo; Falta de legitimación en la causa por activa de Alfonso Gutiérrez Pardo; Inexistente relación de causalidad entre el supuesto daño o perjuicio alegado por la parte actora y la actuación de Allianz Seguros de Vida S.A.; Los daños morales solicitados por los demandantes son exorbitantes, desbordando así todo criterio y lineamiento jurisprudencial de la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia; Improcedencia de reconocimiento del daño a derechos y bienes constitucionalmente protegidos; Improcedente solicitud de reconocimiento del daño a la vida en relación, Inexistencia e improcedencia del supuesto daño emergente solicitado y Enriquecimiento sin causa", invocadas por Allianz Seguros de Vida S.A.*

**SEGUNDO: CONDENAR** a los demandantes al pago de las costas causadas en ambas instancias en favor de los demandados Luis Fernando Fandiño Frankly y la Unidad Quirúrgica Los Alpes – ahora Mediport S.A.S. Liquidense oportunamente.

La Magistrada Sustanciadora fija como agencias en derecho para esta instancia la suma de \$3'000.000,00.



**TERCERO: CONDENAR** a los demandados Allianz Seguros de Vida S.A. y Administradora Country S.A. al pago de las costas causadas en ambas instancias a favor de los demandantes. Liquídense oportunamente.

La Magistrada Sustanciadora fija como agencias en derecho para esta instancia la suma de \$3'500.000,00.

**CUARTO: DEVOLVER** el expediente al Juzgado de origen cuando se encuentre en firme esta decisión.

### **NOTIFÍQUESE**

**SANDRA CECILIA RODRÍGUEZ ESLAVA**

Magistrada

**CLARA INÉS MÁRQUEZ BULLA**

Magistrada

**ANGELA MARIA PELÁEZ ARENAS**

Magistrada

Firmado Por:

Sandra Cecilia Rodriguez Eslava

Magistrada

Sala Civil

Tribunal Superior De Bogotá, D.C. - Bogotá D.C.,



**Clara Ines Marquez Bulla**

**Magistrada**

**Sala 003 Civil**

**Tribunal Superior De Bogotá D.C.,**

**Angela Maria Pelaez Arenas**

**Magistrada**

**Sala 009 Civil**

**Tribunal Superior De Bogotá D.C.,**

Este documento fue generado con firma electrónica y cuenta con plena validez jurídica,

conforme a lo dispuesto en la Ley 527/99 y el decreto reglamentario 2364/12

Código de verificación:

**30515837fe71aaf4bd2a94d47298148c4a5da8af153def15f800c6a50e968135**

Documento generado en 28/11/2024 08:59:59 AM

**Descargue el archivo y valide éste documento electrónico en la siguiente URL:**

**<https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>**