El siguiente es el documento presentado por el Magistrado Ponente que sirvió de base para proferir la providencia dentro del presente proceso. El contenido total y fiel de la decisión debe ser verificado en la respectiva Secretaría.

**TEMAS: RESPONSABILIDAD MÉDICA / RESPONSABILIDAD SOLIDARIA DE LAS EPS Y DEMÁS AGENTES PRESTADORES DE SALUD / PRINCIPIO GENERAL DE LA CULPA PROBADA / OBLIGACIONES DE MEDIO / CARGA PROBATORIA.**

… la prestación de los servicios de salud garantizados por las Entidades Promotoras de Salud (EPS), no excluye la responsabilidad legal que les corresponde cuando los prestan a través de las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) o de profesionales mediante contratos reguladores sólo de su relación jurídica con aquéllas y éstos. Por lo tanto, a no dudarlo, la prestación del servicio de salud deficiente, irregular, inoportuna, lesiva de la calidad exigible y de la lex artis, compromete la responsabilidad civil de las Entidades Prestadoras de Salud y prestándolos mediante contratación con Instituciones Prestadoras de Salud u otros profesionales, son todas solidariamente responsables por los daños causados, especialmente, en caso de muerte o lesiones a la salud de las personas. (…)

Ahora, cuando se ocasiona el daño por varias personas o, en cuya causación intervienen varios agentes o autores, todos son solidariamente responsables frente a la víctima (art. 2344, Código Civil (…)

… suficientemente es conocido que la responsabilidad médica descansa en el principio general de la culpa probada, salvo cuando en virtud de las estipulaciones especiales de las partes, se asumen obligaciones de resultado, mucho más, cuando en el ordenamiento patrio, el artículo 104 de la Ley 1438 de 2011, ubica la relación obligatoria médico-paciente como de medios.

La conceptualización es de capital importancia con miras a atribuir las cargas probatorias de los supuestos de hecho controvertidos y establecer las consecuencias de su incumplimiento. Así, tratándose de obligaciones de medio, es al demandante a quien le incumbe acreditar la negligencia o impericia del médico, mientras que en las de resultado, ese elemento subjetivo se presume.

**TRIBUNAL SUPERIOR DE PEREIRA**

**Sala de Decisión Civil Familia**

**Magistrado Ponente: Edder Yimmy Sánchez Calambás**

Proceso: RESPONSABILIDAD MÉDICA

Expediente: 66001-31-03-004-2012-00278-01

Demandantes: 1. LUZ STELLA CARDONA ACOSTA

 2. LUZ MARINA CORREA CARDONA

 3. ALBEIRO ALCIDES CASTAÑO

Apoderado: JESÚS OLMEDO ERAZO M.

 APELANTE

Demandada: 1. SALUDCOOP EPS

 2. CORPORACIÓN IPS EJE CAFETERO

Apoderado: ELSA VICTORIA GUARNIZO GUTIÉRREZ

**AUDIENCIA DE SUSTENTACIÓN Y FALLO**

**FECHA: JUEVES 17 DE ENERO – 8:30 DE LA MAÑANA**

Se da apertura a la audiencia en la que escucharemos la sustentación de los reparos formulados dentro de la apelación propuesta por el apoderado judicial de la parte demandante, contra la sentencia proferida por el Juzgado Quinto Civil del Circuito de Pereira, el día 24 de noviembre de 2017 en el proceso ya anunciado. Surtido este trámite se decidirá la alzada.

Se identifica a los asistentes.

**SENTENCIA**

Como preámbulo a la decisión que se tomará, es preciso hacer las siguientes

**CONSIDERACIONES**

**1.** Inicialmente ha de decirse que están reunidos los presupuestos procesales y no hay motivo de nulidad que imponga invalidar lo actuado. Y en cuanto a la legitimación en la causa, este presupuesto de la pretensión en el caso examinado no acusa ninguna deficiencia.

**2.** Como se recordará, la demanda se fundamenta en las fallas graves de orden médico asistencial en que incurrieron las demandadas, en la prestación del servicio de salud dispensado al señor **JOSÉ VÍCTOR CORREA LARA** en la **CLÍNICA SALUDCOOP PEREIRA**, que desencadenaron en su fallecimiento. El citado paciente es afiliado a **SALUDCOOP EPS**, en su calidad de beneficiario.

**3.** La funcionaria judicial de primer nivel negó los pedimentos de la demanda. Consideró que, *“el hecho dañoso, que como se indicara atrás se traduce en la existencia de culpa, error o falla médica proveniente de la negligencia, impericia o imprudencia que conlleve al desconocimiento de la praxis médica, no está probado dentro del proceso.”*

**4.** Los reparos del apoderado judicial de los actores tienen que ver con: (i) La conclusión del juzgado que sostiene que no se probó el hecho dañoso, ni la relación causal, estando debidamente demostrados. (ii) Inadecuada valoración de los testimonios del personal médico. (iii) Incorrecta valoración de la historia clínica del señor **JOSÉ VÍCTOR CORREA LARA**. (iv) El fallo excluyó injustificadamente la prueba pericial rendida por el doctor **GUILLERMO FLÓREZ**. (v) Al dictamen rendido por la doctora **ALBA RUTH COBO** se le dio plena credibilidad, sin hacerle una crítica razonable.

Como se puede apreciar, los reparos formulados por el apelante involucran cuestionamientos atinentes a la valoración que la a quo realizó de los medios probatorios, de allí que el análisis de la Sala deba circunscribirse a la forma en que fue acometida esa labor apreciativa por dicha sentenciadora; lo anterior, en acatamiento del artículo 328 del Código General del Proceso.

**5.** En este punto, y antes de proceder al análisis de los reparos, considera importante la Sala, traer a colación lo expresado por la Corte Suprema de Justicia en la sentencia de 17 de noviembre de 2011, Exp. 11001-3103-018-1999-00533-01, siendo M.P. el doctor William Namén Vargas, en cuanto a la responsabilidad de las EPS e IPS. Dijo lo siguiente:

*“… las Entidades Promotoras de Salud (EPS), son responsables de administrar el riesgo de salud de sus afiliados, organizar y garantizar la prestación de los servicios integrantes del POS, orientado a obtener el mejor estado de salud de los afiliados, para lo cual, entre otras obligaciones, han de establecer procedimientos garantizadores de la calidad, atención integral, eficiente y oportuna a los usuarios en las instituciones prestadoras de salud (art. 2º, Decreto 1485 de 1994).*

*Igualmente, la prestación de los servicios de salud garantizados por las Entidades Promotoras de Salud (EPS), no excluye la responsabilidad legal que les corresponde cuando los prestan a través de las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) o de profesionales mediante contratos reguladores sólo de su relación jurídica con aquéllas y éstos. Por lo tanto, a no dudarlo, la prestación del servicio de salud deficiente, irregular, inoportuna, lesiva de la calidad exigible y de la lex artis, compromete la responsabilidad civil de las Entidades Prestadoras de Salud y prestándolos mediante contratación con Instituciones Prestadoras de Salud u otros profesionales, son todas solidariamente responsables por los daños causados, especialmente, en caso de muerte o lesiones a la salud de las personas.*

*(…)*

*Ahora, cuando se ocasiona el daño por varias personas o, en cuya causación intervienen varios agentes o autores, todos son solidariamente responsables frente a la víctima (art. 2344, Código Civil; cas. civ. sentencias de 30 de enero de 2001, exp. 5507, septiembre 11 de 2002, exp. 6430; 18 de mayo "de 2005, SC-084-2005], exp. 14415).”*

**6.** Es evidente, entonces que, no ofrece duda la responsabilidad solidaria entre las **EPS**, **IPS** y personal médico, respecto de las fallas en la prestación del servicio médico de los afiliados a las primeras de ellas.

**7.** Ahora, suficientemente es conocido que la responsabilidad médica descansa en el principio general de la culpa probada, salvo cuando en virtud de las estipulaciones especiales de las partes, se asumen obligaciones de resultado, mucho más, cuando en el ordenamiento patrio, el artículo 104 de la Ley 1438 de 2011, ubica la relación obligatoria médico-paciente como de medios.

La conceptualización es de capital importancia con miras a atribuir las cargas probatorias de los supuestos de hecho controvertidos y establecer las consecuencias de su incumplimiento. Así, tratándose de obligaciones de medio, es al demandante a quien le incumbe acreditar la negligencia o impericia del médico, mientras que en las de resultado, ese elemento subjetivo se presume.

**8.** En el caso bajo estudio, no se discute que el señor **JOSÉ VÍCTOR CORREA LARA** era afiliado a la **EPS** demandada **SALUDCOOP**, en calidad de beneficiario, como consta en cada una de las anotaciones registradas en la historia clínica aportada al proceso. Igualmente, que ante las dolencias presentadas fue atendido en la **CLÍNICA SALUDCOOP PEREIRA**, los días 8, 9, 10 y 12 de abril, y del 1º al 9 de junio de 2009. El último día fue remitido a la UCI de la Clínica Pinares de Pereira, donde falleció el día siguiente.

**9.** Para los actores, según folios 11 y 12 del escrito inaugural, las fallas de orden médico asistencial consisten en la complicación del paciente, debido a que el tratamiento fue diferido en tres oportunidades, durante los cuales estuvo hospitalizado y a pesar de tener elementos científicos suficientes acerca de la complicación (leucos altos, fiebre, dilatación de vía biliar) en un paciente de alto riesgo, con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes, insuficiencia renal crónica, diálisis peritoneal, fue dado de alta en dos ocasiones, sin habérsele resuelto su problema de salud; además se postergó la realización de la **COLANGIOPANCREATOGRAFIA RETROGADA ENDOSCOPICA CPRE** y la cirugía de manera injustificada e irresponsable en dos ocasiones. No se concibe como a pesar de haber sido ordenada la **CPRE** desde el 8 de abril de 2009, tan solo se efectuó el 5 de junio siguiente, cuando el paciente había sido hospitalizado por tercera vez y su estado de salud se había deteriorado considerablemente por una sepsis biliar.

Agrega que hay contundentes evidencias de complicaciones post quirúrgicas que no fueron atendidas por el personal médico, descritas por enfermería. Además, refiere que si se analizan las evoluciones del paciente, se aprecia en DETERIORO PROGRESIVO, sin una acción clara de manejo terapéutico y diagnóstico de su patología que lo lleva a un franco deterioro y finalmente a la muerte.

**10.** Puesta la vista de nuevo sobre los reparos, se aduce una incorrecta valoración de la historia clínica del señor **JOSÉ VÍCTOR CORREA LARA**. Respecto a ello ha de decirse lo siguiente:

A folios 36 al 72 aparece la historia clínica del señor **CORREA LARA**, a la que la juzgadora de primer nivel le concede pleno valor probatorio en torno a lo que allí está consignado, por cuanto su contenido no fue reprochado por las demandadas, pese a que se trata de una copia informal; valoración que comparte esta Sala de decisión. Allí se dejó consignado lo siguiente:

**ATENCIÓN DEL 8, 9 Y 10 DE ABRIL DE 2009**

El 8 de abril de 2009, el señor **JOSÉ VÍCTOR CORREA LARA** fue atendido en Urgencias de la Clínica Saludcoop de Pereira a la 01:39 a.m.; consultó por dolor epigástrico y en mesogastrio tipo cólico; se realizó examen físico, dejando constancia de sus antecedentes de diabetes mellitus, hipertensión esencial y enfermedad renal hipertensiva con insuficiencia renal (en tratamiento con hemodiálisis peritoneal); el médico de turno consideró un paciente no quirúrgico y ordenó ayudas diagnósticas, entre ellas una ecografía hepatobiliar para descartar colelitiasis y fue hospitalizado. Practicada la ecografía, al día siguiente, el médico tratante consideró un cuadro hepatobiliar y no peritonitis; el diagnóstico fue colelitiasis + dilatación de la vía biliar (cálculo de la vesícula biliar sin colecistitis).

El mismo 9 de abril, según anotación de las 11:17 a.m., el especialista en cirugía general, doctor CARLOS RAMÍREZ, solicita una CPRE (COLANGIO-PANCREATOGRAFIA RETROGADA ENDOSCOPICA), que luego fue suspendida.

Para el 10 de abril siguiente, a las 9:07 a.m., el galeno JAIRO DE JESÚS RAMÍREZ, al valorar al paciente lo encontró estable, afebril, abdomen blando, sin signos de irritación peritoneal, no vesícula palpable y le dio de alta con la indicación de que le quedaba pendiente cita con el doctor CARLOS RAMÍREZ para un procedimiento COLELAP.

**ATENCIÓN DEL 12 DE ABRIL DE 2009**

A las 2:35 p.m., el señor **JOSÉ VÍCTOR CORREA LARA** ingresó nuevamente a la clínica por dolor abdominal; se le realizó examen físico y paraclínicos; fue medicado con antiespasmódicos e hidratación y teniendo en cuenta los resultados de los exámenes, concluyó el médico tratante que el manejo debía ser ambulatorio, para programar cirugía electiva. Se explicó al paciente y a la familia que no era de operar de urgencia porque no presentaba abdomen agudo y no había alteración de las pruebas hepáticas, tampoco de leucocitos u otros signos que pudieran indicar infección. Se le dio salida con orden para consulta con cirugía general prioritaria. El diagnosticó fue "Cálculo de la vesícula biliar sin colecistitis". Quedó anotada la siguiente observación: “PACIENTE REQUIERE INTERCONSULTA PRIORITARIA CON CIRUGÍA GENERAL PARA DEFINIR CONDUCTA QUIRÚRGICA DE COLELITIASIS YA QUE HA ESTADO ACUDIENDO FRECUENTEMENTE A URGENCIAS POR CÓLICO BILIAR”.No hay registro de otras actuaciones hasta el 1 de junio de 2009.

**ATENCIÓN DEL 1 AL 9 DE JUNIO DE 2009**

El 1 de junio de 2009, a las 04:10, acudió nuevamente el señor **JOSÉ VÍCTOR** a urgencias de la Clínica Pereira de Saludcoop por un cólico; al examen físico se encontró escleras ictéricas en los ojos y abdomen anormal (blando, Murphy positivo, no Blumberg ni otro signo de irritación peritoneal, peristaltismo normal); le ordenaron ayudas diagnósticas y el procedimiento denominado CPRE (COLANGIOPANCREATOGRAFIA RETROGADA ENDOSCOPICA), para lo cual se ordenó hospitalizar, según nota de las 07:26.

La siguiente anotación en la historia clínica es del 3 de junio, a las 13:13, que da cuenta “paciente hospitalizado desde hace dos días por cirugía general, tiene pendienteCPRE, no hay disponibilidad de cama en hospitalización.

En las notas de evolución del 4 y 5 de junio, se presenta a un paciente con diagnóstico de cálculo de conducto biliar sin colangitis ni colecistitis, estable, afebril, abdomen blando depresible, ictericia leve.

Para el 6 de junio a las 4:53, se dejó consignado en la historia clínica, post CPRE del 05.06.2009, como hallazgos: “COLEDOCOLITIASIS MULTIPLE RESUELTA + ESFINTEROTOMIA SATISFACTORIA IRC EN CAPD". En la misma se anotó “PACIENTE EN BUEN ESTADO GENERAL – AFEBRIL - HEMOVENTILATORIAMENTE ESTABLE – HIDRATADO - ABDOMEN CON LEVE DOLOR EN HIPOCNDRIO DER Y EPIGASTRIO - NO IRRITACIÓN PERITONEAL”, y el plan a seguir.

A las 15:50 del mismo día, se da de alta, con fórmula médica y control casa de especialistas. Sin embargo, a las 06:37 del día siguiente (7 de junio), el paciente se intenta levantar, presenta mareo con inestabilidad, no se cae, quejándose de dolor abdominal marcado; diaforético, con habla enredada pero orientado, cardiopulmonar estable, abdomen blando, doloroso al palpar, sin signos de irritación peritoneal, peristaltismo presente normal, extremidades sin edemas, sin déficit neurológico, pero según análisis de glucometría, con cuadro de hipoglicemia muy sintomática, alta probabilidad de peritonitis por CAPD, por lo cual se continúa manejo hospitalario. CAPD significa diálisis peritoneal ambulatoria continua.

En nota de las 09:15 del 8 de junio, se reporta a un paciente que refiere dolor abdominal, con evolución tórpida. Con el reporte de los exámenes practicados y en ronda con el cirujano, el médico de turno, a las 11:14 indicó hidratar con solución al medio a 100 cc/hora, control de hemograma + prot c reactiva + función renal, vigilancia estrecha y valoración por nefrología; posteriormente, con el resultado de los exámenes y al hallarlo en regulares condiciones generales, decaído, deshidratado - aspecto séptico, mucosas secas y otros síntomas, se ordenaron más exámenes para definir cirugía urgente. Practicada una ecografía se concluyó "ALTA SOSPECHA DE BILIPERITONEO" y habiendo sido comentada la situación con el cirujano Jairo Ramírez, éste conceptuó que el paciente era de alto riesgo quirúrgico por función renal actual y se ordenó su valoración por la unidad de cuidado intensivo antes de llevarlo a exploración quirúrgica.

A las 16:25 del mismo 8 de junio fue valorado por el médico de turno quien lo encontró en malas condiciones, por lo que ordenó su intubación y el traslado a la UCI; se tramitó la remisión y se dejó consignado el mal pronóstico.

En la UCI de Pinares Médica (folios 36 a 43) fue recibido con diagnóstico de sepsis abdominal, sedado e intubado. Consta en el “RESUMEN EPICRISIS” que: “SE DOCUMENTO COLEDOCO-LITIASIS Y FUE LLEVADO A CPRE + PAPILOTOMÍIA AMPLIA EL 05/06/09. PACIENTE QUIEN PRESENTO EVOLUCION TORPIDA” Además que, “ANTES DE LA REMISION EL PACTE SE DETERIORA Y DEFINEN INTERVENCION QX DE URGENCIA ES LLEVADO A LAPAROTOMIA DONDE ENCUENTRAN ABUNDANTE PUS EN CAVIDAD (NO HAY MAS REPORTE EN LA HISTORIA CLINICA)” Allí se le inició el tratamiento según su estado y diagnósticos a los que se agregó "COLANGITIS". Continuó en condiciones críticas y ya el 10 de junio de 2009 a las 11 y 30 am, se anotó en la historia que se encontraba en malas condiciones, se le aplicaron tratamientos y medicamentos; a las 12:07 presentó de manera súbita bradicardia severa; se inició reanimación y falleció a las 13:20.

**11.** De estos registros anotados en la historia clínica, le merecen al Tribunal las siguientes consideraciones: Se trataba de un paciente de alto riesgo, como lo señaló el apelante y los peritos que dieron su concepto en este proceso, dados sus antecedentes de hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus (DM), insuficiencia renal crónica (IRC), sometido a diálisis peritoneal ambulatoria continua (CAPD). Igualmente, fue atendido en tres ocasiones en la CLINICA PEREIRA y dado de alta en dos de ellas -10 y 12 de abril de 2009-, en criterio de los actores sin habérsele resuelto su problema de salud.

**12.** Para demostrar sus asertos, pidió la parte demandante, entre otras, una prueba pericial, con el fin de que el experto que se designara diera respuesta a nueve interrogantes.

Tal cuestionario (folios 23 al 25 del cuaderno principal) y sus respuestas (folios 296 a 297 del mismo cuaderno), en criterio de esta Corporación no son concluyentes en cuanto a la demostración de las fallas de orden médico asistencial endilgadas a los profesionales de la salud que participaron en la atención médica del señor **JOSÉ VÍCTOR CORREA LARA**, como pasa a explicarse.

Así fue respondido el interrogatorio por la perito designada, doctora **ALBA RUTH COBO A.**, quien suscribe el dictamen como Cirujano General, Fellow de Gastroenterología Clinicoquirúrgica, Cirugía Gastrointestinal y Endoscopia Digestiva. Docente Cátedra de Cirugía de la Universidad Tecnológica de Pereira; cuyo dictamen no fue objetado ni su idoneidad cuestionada. Fue aclarado a solicitud de la parte actora en cuanto a las respuestas de los interrogantes 5 y 6 (folios 301-302 y 318 del cuaderno principal).

*“1.- De acuerdo con el registro de La Historia Clínica del 08 de abril de 2009, diga si hay elementos científicos suficientes para constatar que la causa de consulta o enfermedad o problema médico que presentaba el paciente José Víctor Correa Lara, fue resuelto para autorizar su salida el 10 de abril de 2009.*

*R/. No se resolvió. Se realiza diagnóstico de colelitiasis, y por el estado general del paciente, sin dolor, con pruebas de función hepática sin alteración, deciden dar de alta y programar electivamente.*

*2.- Por favor diga si para las segunda hospitalización del señor José Víctor Correa Lara, ocurrida el 12 de abril de 2009 a las 11 y 33 minutos de la mañana, y con fundamento en La Historia Clínica existen elementos suficientes para certificar que la causa de la consulta o enfermedad del paciente, se había solucionado de forma que pudiera ser dado de alta, tal y como ocurrió el mismo 12 de abril de 2009 a las 4:07 de la tarde.*

*R./ No, por el contrario al parecer su enfermedad de la vesícula pareció haber presentado reagudización, presentando dolor, fiebre y alteración ecográfica con dilatación de la vía biliar extra hepática, además de colelitiasis.*

*3.- Si este paciente, con las enfermedades de base que presentaba (hipertensión arterial, diabetes, insuficiencia renal crónica, diálisis peritoneal) y con un diagnóstico confirmado con ecografía del 09-04-09 de dilatación de la vía biliar – coledocolitiasis; Diga el señor perito al despacho si no implicaba un altísimo riesgo para la vida del paciente diferir el procedimiento terapéutico ya indicado.*

*R/. No existe en la literatura, estudios que demuestren que es mejor el manejo de la colelitiasis de manera inmediata o diferida, cuando existe un cuadro agudo de colecistitis aguda, sin embargo cuando existe coexistencia de coledocolitiasis es imperativo resolver el trastorno de la vía biliar y posteriormente en la misma hospitalización si es posible realizar la colecistectomía.*

*4.- Diga con base en el registro del Historial Clínico, si el procedimiento terapéutico indicado al paciente y ya definido fue diferido; en caso cierto por favor infórmele al despacho, cual fue la justificación de este aplazamiento.*

*R/. El manejo de este caso fue diferido. la justificación fue mejoría del dolor abdominal y poca alteración de las pruebas hepáticas.*

*5.- Diga si se puede asegurar que el diferir el procedimiento terapéutico indicado al paciente en la historia clínica incidió desfavorablemente en la morbilidad – mortalidad del paciente José Víctor Correa Lara.*

*R/. No hay bases científicas que apoyen esta aseveración. De hecho hay escuelas que manejan de manera diferida los cuadros de colecistitis con el fin de que el proceso se enfríe, y teóricamente sea más fácil el procedimiento definitivo.*

*ACLARACIÓN: Sobre la pregunta 5 no hay contradicción, lo que es imperativo realizar es resolver el trastorno de la vía biliar y por otro lado es decisión del cirujano si resuelve la colelitiasis, realizando la colesistectomía en la misma hospitalización, o por el contrario la difiere, es decir programación ambulatoria.*

*6.- Diga si este paciente José Víctor Correa Lara, con el diagnóstico definido (coledocolitiasis), el plan de manejo definido y con sus patologías asociadas que ingresa el 01-06-09 a las 4:14 horas ictérico, se podría asegurar que la CPRE (colangiopancreotografía retrograda endoscópica) realizada el 05 de junio de 2009 en horas de la noche (120 horas aproximadamente) no fue un procedimiento tardío? (con la aclaración que este procedimiento estaba ordenado por el cirujano desde la primera hospitalización ocurrida el 08 de abril de 2009).*

*R/. En caso de diagnóstico o sospecha de coexistencia de coledocolitiasis, se debe estudiar la vía biliar de manera precoz para evitar complicaciones. en este orden de ideas la recomendación es la realización de procedimientos diagnósticos como una colangioresonancia o una endosonografía, y en caso de comprobar cálculos, realizar CPRE (colangiografía retrograda endoscópica), con el fin de extraer los cálculos de la vía biliar.*

*ACLARACIÓN: Sobre la pregunta número 6 la respuesta es muy clara, la resolución de la patología biliar, cuando se sospecha cuadro infeccioso (colangitis) debe hacerse de manera precoz, en las primeras horas posterior a realizarse el diagnóstico, aunque en la literatura no precisan el tiempo, yo entendería que en las primeras 24 horas (es mi punto de vista). En el caso específico del paciente fueron 5 días, que puede considerarse tardío en el contexto del paciente.*

*Pienso que hay confusión en el contexto histórico, el conocimiento se aplica de acuerdo al estado del paciente que tenemos en frente, por eso la medicina es una ciencia inexacta. En este caso concreto, el paciente que se presenta durante la hospitalización en el mes de abril, no es el mismo al que se presenta en el mes de junio, en el primer caso el paciente no tenía un cuadro infeccioso por lo que podía contemporizar y diferirse el procedimiento. El escenario del mes de junio presenta al mismo paciente, con el mismo diagnóstico, lo que varía es el estado general del paciente y la posibilidad de una infección (colangitis) que lo convierte en un paciente urgente.*

*7.- Teniendo en cuenta que no hay informe de CPRE ni de la cirugía del 8 de junio de 2009, y que según la nota de la Unidad de Cuidados Intensivos del 10-06-2009, 8:04 horas en el ANÁLISIS: “2º día posoperatorio laparotomía drenaje de pus y cálculos, esfinteroplastia transduodenal, podemos afirmar que todo el proceso que conllevó a la muerte del señor José Víctor Correa Lara, tiene su origen en la vía biliar y no en sus enfermedades de base (Ver diagnostico asignado como causa de muerte peritonitis colangitis choque consignado en la historia clínica de U.C.I.).*

*R/. El ser humano está constituido por un conjunto de sistemas que deben interactuar de manera armoniosa, para mantener una homeostasis. Si hay falla de uno o de dos de esos sistemas, se quebrantará el equilibrio con resultados que pueden conducir a la muerte, por lo tanto si bien la noxa inicial estaba en la vía biliar, al correlacionarse con alteración de otros sistemas por enfermedad, como por ejemplo la diabetes, insuficiencia renal, diálisis peritoneal, hacen que la morbilidad y la mortalidad se eleven de manera exponencial.*

*8.- Haciendo referencia al reingreso del paciente José Víctor Correa Lara, el 12 de abril de 2009, en donde se registra en La Historia Clínica, que ha consultado frecuente por dolor “cólico biliar” más fiebre, con el antecedente de la ecografía del 09-04-09 que determinó “Dilatación Vía Biliar”, con el registro de la evolución de las 14:35 horas; Dígale al despacho señor perito, si no era este paciente de tratamiento obligatorio en lugar de darle salida a las 16:00 horas (hora y media después de la última valoración) con un murphy insinuado.*

*R/. Sí, posiblemente lo más ajustado al LEX ARTIS era valorar de manera más detenidamente su cuadro clínico y el resultado de la ecografía.*

*9.- De acuerdo a la nota de enfermería del 07 de junio de 2009, se evidencia que el paciente José Víctor Correa Lara, viene en deterioro, siendo contrario a lo que se esperaría después del procedimiento terapéutico. Por favor dígale al despacho si hay en La Historia Clínica una evaluación y procedimiento claro orientado al diagnóstico y/o terapéutica de la causa del deterioro.*

*R/. El día 7 de junio de 2009 a las 6+37 “paciente presenta mareo con inestabilidad, quejándose de dolor abdominal marcado, paciente en cama diaforético, con habla enredada, poco orientado, abdomen blando pero doloroso a la palpación generalizado sin signos de irritación peritoneal.” tal: 110/80 Fca.: 95 Fr: 22 febril. Glucometría 51 mg/dl.*

*El cuadro anterior se interpretó como una hipoglicemia aguda que fue manejada con un bolo de LEV DAD %5, también se decide esperar resultado de cito químico de líquido peritoneal y continuar con manejo hospitalario.”*

**13.** Ahora, también pidió la apoderada judicial de la EPS SALUDCOOP prueba pericial (folio 134 del cuaderno principal), para determinar la responsabilidad endilgada, solicitando se diera respuesta por el perito designado a las siguientes nueve preguntas, respondidas por la misma doctora ALBA RUTH COBO A. (folios 298 y 299 del cuaderno principal), con aclaración respecto de las respuestas 1, 5 y 7:

*“1. Indicar en qué consistió el proceso de atención del paciente* ***JOSÉ VÍCTOR CORREA LARA (QEPD)****?*

*R/. Es un paciente de 60 años que consulta por dolor abdominal inespecífico, que finalmente lo catalogan como colelitiasis y coledocolitiasis. El paciente tiene múltiples enfermedades interconcurrentes que lo hacen paciente de alto riesgo, para cualquier proceso quirúrgico. En la primera hospitalización deciden manejo quirúrgico y pre ambulatorio. El paciente no hace las diligencias requeridas por la EPS para acceder a los procedimientos y regresa nuevamente con cuadro de dolor e ictericia. Se resuelve la coledocolitiasis por CPRE, el paciente presenta complicaciones secundarias al procedimiento y fallece en la UCI, secundario a ello.*

*ACLARACIÓN: En la historia clínica valorada, solo existe una solicitud de cita prioritaria para cirugía, la cual se lee como ejecutada por el sistema, con fecha abril 12 de 2009, firmada por Jairo Alonso Hernández Gómez. No aparece en ningún folio de la historia un consecutivo, que diga cita pendiente, es decir en el sistema no aparece ningún documento que haga constar que el paciente hizo alguna diligencia para acceder al servicio ambulatorio. Desconozco las razones, si tuvo dificultades, si hay problema en el acceso, ya que estos detalles hacen parte del resorte administrativo de la EPS, el cual desconozco.*

*2. Indicar cuál fue el diagnostico establecido por el equipo de salud adscrito a la CLINICA PEREIRA el día 8 de abril de 2009?*

*R./ Diabetes mellitus, hipertensión esencial (primaria), enfermedad renal hipertensiva, con insuficiencia renal, otros dolores abdominales y los no especificados.*

*3.- Indicar de acuerdo al diagnóstico establecido por el equipo de salud adscrito a la CLINICA PEREIRA cual era el manejo clínico, hospitalario o quirúrgico que ameritaba el cuadro clínico del paciente?*

*R/. En ese momento el dx no era claro. Pero luego encuentran cálculos en la vesícula y dilatación de la vía biliar. Lo correcto era realizar un estudio de la vía biliar para determinar la causa de la dilatación, a través de una colangioresonancia o de una endonosografía. Posterior a ello decidir si se resolvía el problema de su vesícula en esa hospitalización o si se difería para un futuro cercano.*

*4.- Indicar si fue prudente ordenar por el equipo de salud adscrito a la CLINICA PEREIRA el manejo del diagnóstico del día 8 de abril de 2009 por la modalidad ambulatoria y cuál fue la justificación para ordenarse?*

*R/. Si, la literatura lo avala, pero debió realizarse estudio de la vía biliar hospitalizado antes de ser dado de alta, ya que esa situación puede aumentar la morbilidad del paciente en caso de una complicación.*

*5.- Indicar si con apoyo en la historia clínica se observa si el paciente de manera posterior a su egreso del centro asistencial el día 8 de abril de 2009, cumplió con las recomendaciones e indicaciones medicas de solicitar cita para manejo ambulatorio por Cirugía General y COLELAP (colecistectomía Laparoscópica)?*

*R/. No el paciente no hizo ninguna diligencia ante la EPS para realizarse los procedimientos recomendados.*

*ACLARACIÓN: Por favor remitirse a la a la respuesta del punto anterior (número 1).*

*6.- Indicar cuál era el pronóstico del paciente frente a su diagnóstico en asocio con sus factores de riesgo y antecedentes personales. Explicar?*

*R/. Es impredecible. La colecistectomía es un procedimiento con baja morbimortalidad pero si asociamos a ello una valoración endoscópica de la vía biliar y un paciente con múltiples comorbilidades hace que la morbimortalidad llegue hasta un 15%.*

*7.- Indicar si la EPS SALUDCOOP garantizo el acceso a los servicios que requería el paciente para el manejo de la enfermedad de base del paciente antes y posterior al 8 de abril de 2009?*

*R/. El paciente tuvo acceso adecuado al servicio de urgencias, al parecer hubo algún problema para su acceso al servicio de hospitalización inicialmente, por la carencia de camas y a la UCI inicialmente porque esta se encontraba sin cama disponible.*

*ACLARACIÓN: Me refiero al contexto de atención del paciente, la aseveración que hace el abogado es el objeto de este proceso, y no es función del perito responder a ello. Favor valorar la respuesta número 1.*

*8.- Indicar si existió restricción, limitación o condición alguna en la prestación del servicio de salud que requirió el paciente, que haya derivado en una cesación o falta de prestación del servicio de salud?*

*R/. Aparentemente no, sin embargo ese es un resorte administrativo y una historia clínica no siempre demuestra la realidad de la calidad de los servicios de salud.*

*9.- Indicar si la orden de INTERCONSULTA para cirugía general prioritaria dada a su egreso el día 12 de abril de 2009 fue tramitada por el paciente antes del 1 de junio de 2009?*

*R/. El paciente al parecer no la tramitó, ya que no aparecen en los folios ninguna nota que avale esta situación.”*

**14.** Ahora, también pidió la apoderada judicial de la CORPORACIÓN IPS EJE CAFETERO – CLÍNICA SALUDCOOP PEREIRA prueba pericial (folio 111 del cuaderno principal), solicitando se diera respuesta por el perito designado a las siguientes 22 preguntas, respondidas por la misma doctora ALBA RUTH COBO A. (folios 297 y 298 del cuaderno principal), con aclaración respecto de las respuestas 5, 11, 15 y 22. Estas fueron sus respuestas:

*“1. Indicar cuál fue el diagnóstico establecido al paciente en la atención del 8 de abril de 2009 por la CLINICA PEREIRA?*

*R/: Diabetes mellitus, hipertensión esencial (primaria), enfermedad renal hipertensiva, con insuficiencia renal, otros dolores abdominales y los no especificados.*

*2. Indicar con base en dicho diagnóstico cual era su pronóstico y el tratamiento indicado?*

*R/: Es muy difícil basados en un diagnóstico inicial establecer el pronóstico de la enfermedad, sin embargo por ser un paciente con tantas enfermedades interconcurrentes podría decirse de entrada que sería un caso difícil con resultados impredecibles.*

*3. Indicar cuáles eran los factores de riesgo personales y patológicos que ostenta el paciente para su ingreso al centro asistencial de la CLINICA PEREIRA el 8 de abril de 2009?*

*R/: Edad, considerándose un adulto mayor. Diabetes mellitus, insuficiencia renal crónica, con diálisis peritoneal. Hipertensión arterial.*

*4. Indicar si existe una correlación e incidencia entre los factores de riesgo personales y antecedentes patológicos del paciente, respecto de la evolución de su enfermedad de base diagnosticada al egreso el 12 de abril de 2009?*

*R/. La pregunta no es clara. Lo que puedo observar es un paciente con muchos factores de riesgo, con una enfermedad potencialmente grave (colecistocoledocolitiasis), que aunque en el momento estaba estable podría representar complicaciones en el futuro.*

*5. Indicar si el resultado del examen físico, ayudas de diagnóstico y antecedentes, hallazgos y demás situaciones derivadas de la valoración y manejo clínico del equipo de salud de la CLÍNICA PEREIRA entre el 8 y el 12 de abril de 2009, era sugestivo o decisorio de “abdomen quirúrgico” en el paciente?*

*R/: Si definitivamente la colelitiasis es un cuadro quirúrgico, lo que no es claro en la literatura es cuando operarla y es válido la conducta de hacerlo inmediatamente o diferido.*

*ACLARACIÓN: La colecistocoledocolitiasis, es un proceso que se caracteriza por compromiso de la vesícula y del conducto colédoco con cálculos. Generalmente el trastorno de la vía biliar puede resolverse de manera urgente, en el caso que coexista con infección, o de manera diferida prioritaria si no existe cuadro infeccioso. En cuanto al cuadro de la vesícula este puede resolverse también de manera urgente en la misma hospitalización o por el contrario, puede enfriarse con antibióticos y resolverse 12 semanas después con colecistectomía programada. Esto demuestra que ante tan amplias posibilidades que da la literatura, el cirujano debe tomar decisiones de acuerdo al estado general del paciente, del acceso que tenga a los servicios de salud, esto es que da el buen juicio quirúrgico de quien toma la decisión. Para efecto de facilitar el entendimiento del caso para los no médicos, podríamos decir que el punto de quiebre lo da la infección.*

*6. Indicar si la conducción clínica de ingreso al centro asistencial CLÍNICA PEREIRA y los antecedentes personales y patológicos al igual que los factores de riesgo por HIPERTENCION, DIABETES e INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA permitían realizar de manera inmediata el CPRE ordenado. Explicar si era procedente?*

*R/: En el momento en que determinan que hay patología en la vía biliar, era importante realizar estudios para descartar patología en esta localización. Hoy en día no se considera la CPRE, como estudio de elección para determinar presencia de coledocolitiasis, lo que se indicaría sería una colangioresonancia y una endosonografía de vía biliar. La CPRE se utiliza como método terapéutico para realizar la extracción de los cálculos.*

*7. Que riesgos comprende o derivan de la realización de un CPRE en las condiciones y con los antecedentes clínicos del paciente?*

*R/: Todo procedimiento invasivo tiene mayor posibilidad de complicaciones si el paciente tiene mayor número de enfermedades intercurrentes o si su estado general está afectado.*

*8. Indicar en que consiste la colelitiasis, tratamiento, pronostico y si para el caso del paciente su manejo era ambulatorio?*

*R/: La colelitiasis es la presencia de cálculos en la vesícula. El tratamiento es la colecistectomía. Hoy en día es considerada la vía laparoscópica como el Gold Estandarte del tratamiento. La posibilidad de complicaciones es bajísima y la mortalidad es menor de 0.3%. El manejo inmediato o de manera diferida es dada por el estado general del paciente, ya que la literatura avala una u otra conducta.*

*9. Indicar si los reportes de los exámenes para clínicos ordenados y practicados al paciente al igual de las demás pruebas diagnósticas evidenciaban el desarrollo de un proceso infeccioso o séptico?*

*R/: No los exámenes no mostraban claramente características de sepsis, pero en estos pacientes generalmente no hay un cuadro tan llamativo, ya que por sus enfermedades de base no alteran dichos exámenes de laboratorio posiblemente porque su estado inmunológico no es el mejor.*

*10. Indicar cuál era la condición físico-patológica del paciente al egreso de la CLINICA PEREIRA el 12 de abril de 2009?*

*R/: Al parecer estaba estable, y con mejoría de los síntomas que lo hicieron consultar.*

*11. Indicar cuál fue la orden medica dada por el DR. JAIRO ALONSO HERNANDEZ GOMEZ al egreso el 12 de abril de 2009 a las 04+07 a.m. horas y si esta fue tramitada o cumplida por el paciente?*

*R/: Solicita valoración por cirugía de manera prioritaria. En la historia no encuentro respuesta a esta solicitud.*

*ACLARACIÓN: El hecho de suministrar a los pacientes medicamentos, no quiere decir que no estén estables en su estado general, entendiendo que los cuadros de colecistitis se enfrían con ese tipo de medicamentos, es más, los pacientes deben salir medicados para su casa con antiinflamatorios, analgésicos y en algunos casos antibióticos, para asegurar, que el proceso de enfriamiento sea adecuado.*

*12. Indicar si fue apropiado e idóneo el manejo clínico dado por el paciente durante su hospitalización a partir del 1 de junio de 2009?*

*R/: Le realizan extracción de cálculos por CPRE con esfinterotomía. Tres días después presenta dolor abdominal y compromiso de su estado general. Sospechan sepsis. El resultado de líquido peritoneal fue negativo. Le realizan ecografía con sospecha de biliperitoneo por lo que deciden para a UCI para compensar antes de llevar a cirugía. El manejo es ajustado a los protocolos para sepsis abdominal.*

*13. Indicar cuál fue el reporte del examen cito químico y si este era sugestivo de proceso infeccioso?*

*R/: No era sugestivo. Este fue negativo.*

*14. Indicar si desde la óptica clínica existió falta de diligencia y debida observancia de las ordenes médicas por parte del paciente, al no acudir y programar la cita con Cirugía General para su COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA ambulatoria?*

*R/: Si, el paciente debió realizar esta diligencia inmediatamente se le dio de alta.*

*15. Indicar si la Insuficiencia Renal Crónica que padecía el paciente fue determinante en el desarrollo de la COLANGITIS que se determinó como diagnóstico de base al deceso del paciente?*

*R/: No tiene nada que ver, son dos patologías independientes.*

*ACLARACIÓN: Los libros hacen referencia a las patologías de manera fría, dando por entendido que los servicios de salud funcionen adecuadamente, sobreentendiendo que los tiempos de espera para acceder a una cita no deben poner en peligro la integridad del paciente. No es ajeno para ninguno que nuestro sistema de salud tiene muchas carencias y que a veces los pacientes deben esperar en una larga lista para acceder a un servicio, vulnerando su derecho constitucional. Pero estas son situaciones administrativas que debería valorar el cirujano, cuando analiza la historia de un paciente, ES NUESTRO DEBER conocer el funcionamiento de la institución donde laboramos, situaciones como la velocidad con que se resuelven las órdenes del paciente con manejo ambulatorio, hace parte de este interés. Esto hace parte del quehacer del médico QUE DEBE involucrarse en la realidad social del enfermo, no verlo como una simple enfermedad. Esto es lo ideal, pero definitivamente estas son situaciones administrativas que a veces escapan de las manos del médico, por lo que son las EPS, las que deben garantizar la atención de manera eficaz.*

*16. Indique si es procedente desde el punto de vista de la relación riesgo-beneficio someter a un paciente a una COLECISTECTOMIA, sin presentar signos de irritación peritoneal, sin picos febriles generalizados, con laboratorio sin signos de infección, cito químicos sin datos de infección, con abdomen blando y no quirúrgicos y con antecedentes de diabetes, IRC e Hipertensión?*

*R/: Si, es criterio del cirujano, en algunas escuelas se prefiere intervención temprana con el fin de evitar mayores complicaciones.*

*17. Indicar si para el manejo posterior al ingreso del 1 de junio de 2009, ante la presencia de un cuadro de hipoglicemia era procedente intervenir al paciente mediante la COLECISTECTOMIA?*

*R/: No, se puede inferir esto, la hipoglicemia posiblemente fue secundaria a su diabetes descompensada, que puede correlacionarse o no con su cuadro abdominal.*

*18. Indicar cuales son los riesgos inherentes que derivan de la práctica de una CPRE?*

*R/: Es un proceso invasivo, que incluso puede producir la muestra. Las complicaciones más frecuentes son el sangrado, la pancreatitis aguda, la perforación, la infección.*

*19. Indicar si la colangitis, es una patología que se asocia con los factores de riesgos presentados por el paciente y con sus antecedentes personales y patológicos?*

*R/: Pienso que el paciente no presento un cuadro de colangitis, más bien un cuadro de coledocolitiasis sin sobreinfección, además de una colelitiasis.*

*20. Indicar si en las valoraciones del 8 al 12 de abril de 2009 se presento abdomen quirúrgico en el cuadro de evolución del paciente?*

*R/: Presento dolor abdominal con dx de colelitiasis que conlleva a la necesidad de cirugía así el paciente no haya presentado abdomen agudo. la decisión que debe tomar el cirujano de acuerdo a su conocimiento y experiencia es cuando hacerla.*

*21. Indicar si en algún momento de las evolución del 8 al 12 de abril de 2009 el paciente presento urgencia que ameritaba su intervención quirúrgica por la colelitiasis diagnosticada?*

*R/: Eso es relativo y depende de la óptica en que se mire y de la escuela en que usted este. Algunos por las características del paciente operan de manera prioritaria para evitar complicaciones mayores, otros difieren.*

*22. Indicar si al ingreso el 1 de junio de 2009 el pronóstico del paciente era distinto, teniendo en cuenta que a su egreso el 12 de abril de 2009 se le orden tramitar cita con Cirugía General y programar su intervención quirúrgica de manera ambulatoria, aclarándose que tal gestión no fue realizada por el paciente. Explicar que influencia tiene tal decisión del paciente en el desenlace de su patología de base y evolución médica?*

*R/: Por esa razón es el criterio del cirujano el que decide, ya que algunos observan que no se cambia el pronóstico, otros por el contrario ven muy riesgoso que el pacte permanezca ambulatorio con esta patología.*

*ACLARACIÓN: En la fecha de evolución abril 8 de 2009, a las 11:17 am, el doctor Carlos Ramírez, solicita CPRE, ese mismo día a las 5:23, el mismo doctor considera que el paciente cursa con colecistitis y colelitiasis, por lo que debe programarse para colesistectomía, en dicha evolución no se hace mención sobre la CPRE, que se solicitó en la evolución anterior. Al día siguiente, el doctor Jairo Ramírez, en documento firmado por Natalia Paola Sánchez, se lee, una interconsulta a gastroenterología para realizar CPRE, la cual fue suspendida.”*

**15.** Como se puede apreciar, si bien la auxiliar de la justicia, manifiesta que en las dos primeras atenciones médicas recibidas por el paciente **JOSÉ VÍCTOR CORREA LARA** en el mes de abril de 2009, no se resolvió su problema de salud, consistente en una colelitiasis, señala que no existe en la literatura, estudios que demuestren que es mejor el manejo de la colelitiasis de manera inmediata o diferida. En el caso del citado paciente dice, para el mes de abril no presentaba un cuadro infeccioso por lo que podía diferirse el procedimiento. Y agrega que la colelitiasis es un cuadro quirúrgico, lo que no es claro en la literatura es cuando operarla y es válido la conducta de hacerlo inmediatamente o diferido. También opina que generalmente el trastorno de la vía biliar puede resolverse de manera urgente, en el caso que coexista con infección, o de manera diferida prioritaria si no existe cuadro infeccioso. En cuanto al cuadro de la vesícula este puede resolverse también de manera urgente en la misma hospitalización o por el contrario, puede enfriarse con antibióticos y resolverse 12 semanas después con colecistectomía programada.

Ahora, en cuanto a que si el diferir el procedimiento terapéutico indicado al paciente, incidió desfavorablemente en la morbilidad – mortalidad del mismo, dijo la perito que: “No hay bases científicas que apoyen esta aseveración. De hecho hay escuelas que manejan de manera diferida los cuadros de colecistitis con el fin de que el proceso se enfríe, y teóricamente sea más fácil el procedimiento definitivo.”

Y con relación al reingreso del paciente el 12 de abril de 2009, en donde se registra en la Historia Clínica, que ha consultado frecuente por dolor “cólico biliar” mas fiebre, con el antecedente de la ecografía del 09-04-09 que determinó “Dilatación Vía Biliar”, si no era este paciente de tratamiento obligatorio en lugar de darle salida, con un Murphy insinuado, respondió que sí, posiblemente lo más ajustado al LEX ARTIS era valorar de manera más detenidamente su cuadro clínico y el resultado de la ecografía.

**16.** Aquí es preciso resaltar por esta Sala que, que al paciente el 12 de abril de 2009 se le dio de alta por el médico tratante, bajo la advertencia de que requería “INTERCONSULTA PRIORITARIA CON CIRUGÍA GENERAL PARA DEFINIR CONDUCTA QUIRÚRGICA DE COLELITIASIS…”, sin embargo no hizo los trámites ante la EPS. Ello en criterio de esta Sala, si bien no puso en riesgo su vida misma, si incumplió un deber que impone la Carta Política en el artículo 49, cuando consagra el derecho a la salud de las personas, de procurar el cuidado integral de su salud.

**17.** Así las cosas, con respaldo en el dictamen rendido por la citada perito, en criterio de esta Sala, en los ingresos del señor **JOSÉ VÍCTOR CORREA LARA** a la Clínica Pereira en el mes de abril, no era urgente intervenirlo quirúrgicamente, dado que no presentaba un cuadro de infección que obligara al personal médico a actuar de manera urgente. Según la auxiliar de la justicia, los exámenes no mostraban claramente características de sepsis.Además, fue diferida la intervención quirúrgica de manera prioritaria, empero el paciente no hizo la respectiva diligencia ante su EPS, para su realización.

De esta forma, ninguna responsabilidad había de endilgarse a las demandadas, en cuanto a la atención dispensada al señor **JOSÉ VÍCTOR**, para el mes de abril de 2009.

**18.** Fija entonces su atención esta Magistratura en lo ocurrido a partir del 1 de junio de 2009.

Si se recuerda, el señor **JOSÉ VÍCTOR** acudió nuevamente a urgencias de la Clínica Pereira de Saludcoop por un cólico; al examen físico se encontró escleras ictéricas en los ojos y abdomen anormal (blando, Murphy positivo, no Blumberg ni otro signo de irritación peritoneal, peristaltismo normal); le ordenaron ayudas diagnósticas y una CPRE (COLANGIOPANCREATOGRAFIA RETROGADA ENDOSCOPICA), para lo cual se ordenó hospitalizar.

La siguiente anotación en la historia clínica es del 3 de junio, a las 13:13, que da cuenta “paciente hospitalizado desde hace dos días por cirugía general, tiene pendienteCPRE, no hay disponibilidad de cama en hospitalización.

En las notas de evolución del 4 y 5 de junio, se presenta a un paciente con diagnóstico de cálculo de conducto biliar sin colangitis ni colecistitis, estable, afebril, abdomen blando depresible, ictericia leve.

Para el 6 de junio a las 4:53, se dejó consignado en la historia clínica, post CPRE del 05.06.2009, como hallazgos: “COLEDOCOLITIASIS MULTIPLE RESUELTA + ESFINTEROTOMIA SATISFACTORIA IRC EN CAPD". En la misma se anotó “PACIENTE EN BUEN ESTADO GENERAL – AFEBRIL - HEMOVENTILATORIAMENTE ESTABLE – HIDRATADO - ABDOMEN CON LEVE DOLOR EN HIPOCNDRIO DER Y EPIGASTRIO - NO IRRITACIÓN PERITONEAL”, y el plan a seguir.

A las 15:50 del mismo día, se da de alta, con fórmula médica y control casa de especialistas.

Sin embargo, a las 06:37 del día siguiente (7 de junio), el paciente se intenta levantar, presenta mareo con inestabilidad, no se cae, quejándose de dolor abdominal marcado; diaforético, con habla enredada pero orientado, cardiopulmonar estable, abdomen blando, doloroso al palpar, sin signos de irritación peritoneal, peristaltismo presente normal, extremidades sin edemas, sin déficit neurológico, pero según análisis de glucometría, con cuadro de hipoglicemia muy sintomática, alta probabilidad de peritonitis por CAPD, por lo cual se continúa manejo hospitalario. CAPD significa diálisis peritoneal ambulatoria continua.

En nota de las 09:15 del 8 de junio, se reporta a un paciente que refiere dolor abdominal, con evolución tórpida. Con el reporte de los exámenes practicados y en ronda con el cirujano, el médico de turno, a las 11:14 indicó hidratar con solución al medio a 100 cc/hora, control de hemograma + prot c reactiva + función renal, vigilancia estrecha y valoración por nefrología; posteriormente, con el resultado de los exámenes y al hallarlo en regulares condiciones generales, decaído, deshidratado - aspecto séptico, mucosas secas y otros síntomas, se ordenaron más exámenes para definir cirugía urgente. Practicada una ecografía se concluyó "ALTA SOSPECHA DE BILIPERITONEO" y habiendo sido comentada la situación con el cirujano Jairo Ramírez, éste conceptuó que el paciente era de alto riesgo quirúrgico por función renal actual y se ordenó su valoración por la unidad de cuidado intensivo antes de llevarlo a exploración quirúrgica.

A las 16:25 del mismo 8 de junio fue valorado por el médico de turno quien lo encontró en malas condiciones, por lo que ordenó su intubación y el traslado a la UCI; se tramitó la remisión y se dejó consignado el mal pronóstico.

**19.** Aduce la parte apelante que la colangiopancreotografía retrograda endoscópica (CPRE) realizada el 5 de junio de 2009 en horas de la noche fue un procedimiento tardío. Esta colegiatura considera que si, pero en principio por la omisión del mismo paciente en realizar las diligencias para que se practicase de manera prioritaria, cuando se le dio de alta el 12 de abril de 2009. Y con respecto al reingreso del paciente para el 1 de junio de 2009, no, puesto que como lo dijo la experta, generalmente el trastorno de la vía biliar puede resolverse de manera urgente, en el caso que coexista con infección, o de manera diferida prioritaria si no existe cuadro infeccioso. En cuanto al cuadro de la vesícula este puede resolverse también de manera urgente en la misma hospitalización o por el contrario, puede enfriarse con antibióticos y resolverse 12 semanas después con colecistectomía programada. El punto de quiebre lo da la infección.

Según la historia clínica del paciente, no reportaba infección, ni antes de la CPRE, ni al día siguiente de su realización, al punto que el médico decidió darle de alta. Su complicación se da para el día 7 de junio, cuando el paciente empieza una evolución tórpida con una hipoglicemia. A la auxiliar de la justicia se le interrogó si fue apropiado e idóneo el manejo clínico dado por el paciente durante su hospitalización a partir del 1 de junio de 2009*.* Afirmó que sí; le realizan extracción de cálculos por CPRE con esfinterotomía y tres días después presenta dolor abdominal y compromiso de su estado general. Sospechan sepsis. El resultado de líquido peritoneal fue negativo. Le realizan ecografía con sospecha de biliperitoneo por lo que deciden remitirlo a UCI para compensar antes de llevar a cirugía. El manejo es ajustado a los protocolos para sepsis abdominal. Expresó que el reporte del examen cito químico no era sugestivo de proceso infeccioso, fue negativo.

**20.** Así las cosas, si el manejo que se le dio al paciente fue el correcto, la conclusión no puede ser otra que la clínica demandada ni su personal médico hayan incurrido en las fallas que se denunciaron en el escrito de la demanda.

**21.** De otro lado, cuestiona el apelante que el fallo de primera instancia excluyó injustificadamente la prueba pericial rendida por el doctor **GUILLERMO FLÓREZ**. Ciertamente, le asiste razón, empero ello no tiene la entidad suficiente para derribar la sentencia.

El dictamen lo rindió para dar respuesta a los 23 interrogantes planteados por la **CORPORACIÓN IPS EJE CAFETERO**, hoy **CLÍNICA SALUDCOOP PEREIRA**. (Folios 111 al 113 del cuaderno principal) y lo suscribe el perito en su calidad de médico Cirujano General del Hospital Universitario del Valle. En su orden, fueron respondidos de la siguiente manera, según folios 1 al 3 del cuaderno número 3):

*“1. Indicar cuál fue el diagnóstico establecido al paciente en la atención del 8 de abril de 2009 por la CLINICA PEREIRA?*

*R/: 1. Dolor Abdominal. Colelitiasis. Coledocoletiasis. 2. IRC en CAPD. 3. H.T.A.*

*2. Indicar con base en dicho diagnóstico cual era su pronóstico y el tratamiento indicado?*

*R/: Tratamiento indicado. Hoy CPER - Papilotomia - Extracción de Cálculos. En la misma hospitalización una vez estabilizadas su enfermedad de base Colecistectomía abierta o Laparoscopia con la posible indicación o no de exploración vía biliar.*

*Pronostico la mortalidad global en Colecistitis aguda es del 5% y sobretodo en pacientes mayores de 60 años con DM. Colecistitis aguda el 15% con Coledocoletiasis. La admisión hospitalaria y la Colecistectomía de Urgencias reduce la incidencia de estas complicaciones.*

*3. Indicar cuáles eran los factores de riesgo personales y patológicos que ostenta el paciente para su ingreso al centro asistencial de la CLINICA PEREIRA el 8 de abril de 2009?*

*R/: factores de riesgo 1. Edad mayor de 60 años. 2. Diabetes mellitus. 3. IRC. 4. H.T.A.*

*4. Indicar si existe una correlación e incidencia entre los factores de riesgo personales y antecedentes patológicos del paciente, respecto de la evolución de su enfermedad de base diagnosticada al egreso el 12 de abril de 2009?*

*R/. Indica mayor probabilidad de muerte y complicaciones post quirúrgicas.*

*5. Indicar si el resultado del examen físico, ayudas de diagnóstico y antecedentes, hallazgos y demás situaciones derivadas de la valoración y manejo clínico del equipo de salud de la CLÍNICA PEREIRA entre el 8 y el 12 de abril de 2009, era sugestivo o decisorio de “abdomen quirúrgico” en el paciente?*

*R/: “Abdomen quirúrgico” Si se interpreta esto como un abdomen agudo al examen físico no lo describe en sus notas.*

*6. Indicar si la conducción clínica de ingreso al centro asistencial CLÍNICA PEREIRA y los antecedentes personales y patológicos al igual que los factores de riesgo por HIPERTENCION, DIABETES e INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA permitían realizar de manera inmediata el CPRE ordenado. Explicar si era procedente?*

*R/: El informe de la Ecografía indicaba dilatación V.B. Luego describen un diámetro 7 mm. Si el radiólogo interpreta esta medida como dilatación de acuerdo con el equipo en que lo realizó, está indicada CPER ya que se intenta disminuir las complicaciones inherentes a Coledocoletiasis.*

*7. Que riesgos comprende o derivan de la realización de un CPRE en las condiciones y con los antecedentes clínicos del paciente?*

*R/: La CPER es un procedimiento Diagnostico – Terapéutico. Tiene complicaciones: Sangrado, Pancreatitis Aguda, Perforación vía Biliar con peritonitis secundaria.*

*8. Indicar cuál fue la orden médica dada por el DR. JAIRO DE JESUS RAMIREZ PALACIO al egreso el10 de abril de 2009 a las 09+07 a.m. horas y si esta fue tramitada o cumplida por el paciente?*

*R/: Paciente con indicación quirúrgica, Se solicitó valoración por Medicina Interna que al igual que la CPER no se realizó. Da alta para programar la cirugía ambulatoria.*

*9. Indicar en que consiste la colelitiasis, tratamiento, pronostico y si para el caso del paciente su manejo era ambulatorio?*

*R/: Colelitiasis es la presencia de cálculos en la vesícula Biliar. La colelitiasis sintomática tiene indicación quirúrgica prioritaria. Hoy día paciente que consulta a Urgencias con síntomas atribuibles a esta entidad se debe operar lo más pronto posible. La conducta de deferir y programar ambulatoria cada día se recomienda menos.*

*10. Indicar si los reportes de los exámenes para clínicos ordenados y practicados al paciente al igual de las demás pruebas diagnósticas evidenciaban el desarrollo de un proceso infeccioso o séptico?*

*R/: No lo indicaban.*

*11. Indicar cuál era la condición físico-patológica del paciente al egreso de la CLINICA PEREIRA el 12 de abril de 2009?*

*R/: Se le dio salida porque el examen físico desapareció en el transcurso del día el signo de Murfy que indica la presencia de una patología aguda.*

*12. Indicar cuál fue la orden medida dada por el DR. JAIRO ALONSO HERNANDEZ GOMEZ al egreso el 12 de abril de 2009 a las 04+07 a.m. horas y si esta fue tramitada o cumplida por el paciente?*

*R/: Se indica consulta con cirugía general prioritaria. No me consta si se tramito o no.*

*13. Indicar si fue apropiado e idóneo el manejo clínico dado por el paciente durante su hospitalización a partir del 1 de junio de 2009?*

*R/: Paciente con cuadro de ictericia obstructiva la indicación de realizar un CPER es la adecuada. El paciente se deteriora luego de su realización de este procedimiento. No hay informe del acto quirúrgico.*

*14. Indicar cual fue el reporte del examen cito químico y si este era sugestivo de proceso infeccioso?*

*R/: Hay un informe de un citoquimico en donde no hay bacteria pero sin reacción inflamatoria.*

*15. Indicar si desde la óptica clínica existió falta de diligencia y debida observancia de las ordenes médicas por parte del paciente, al no acudir y programar la cita con Cirugía General para su COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA ambulatoria?*

*R/: Es discutible hoy día la indicación de tratamiento ambulatorio. Este paciente idealmente se debería de hospitalizar para compensar y operar lo más pronto posible.*

*16. Indicar si la Insuficiencia Renal Crónica que padecía el paciente fue determinante en el desarrollo de la COLANGITIS que se determinó como diagnóstico de base al deceso del paciente?*

*R/: No tiene ninguna relación.*

*17. Indique si es procedente desde el punto de vista de la relación riesgo-beneficio someter a un paciente a una COLECISTECTOMIA, sin presentar signos de irritación peritoneal, sin picos febriles generalizados, con laboratorio sin signos de infección, cito químicos sin datos de infección, con abdomen blando y no quirúrgicos y con antecedentes de diabetes, IRC e Hipertensión?*

*R/: Paciente sintomático se debe operar y más aun con la Patología de base que tenía el paciente.*

*18. Indicar si para el manejo posterior al ingreso del 1 de junio de 2009, ante la presencia de un cuadro de hipoglicemia era procedente intervenir al paciente mediante la COLECISTECTOMIA?*

*R/: La descompensación metabólica se controla y luego se realiza la Colecistectomía.*

*19. Indicar cuales son los riesgos inherentes que derivan de la práctica de una CPRE?*

*R/: Ya se contestó en la pregunta 7.*

*20. Indicar si la colangitis, es una patología que se asocia con los factores de riesgos presentados por el paciente y con sus antecedentes personales y patológicos?*

*R/: La Colangitis se asocia a la presencia de cálculos en la Vesícula Biliar o la Vía Biliar que se infectan y comprometen la vida del paciente, no tiene relación con Insuficiencia Renal, DM o H.T.A.*

*21. Indicar si en las valoraciones del 8 al 12 de abril de 2009 se presento abdomen quirúrgico en el cuadro de evolución del paciente?*

*R/: El paciente ingresó con signos de Colecistitis aguda que hoy día indican tratamiento quirúrgico de urgencias.*

*22. Indicar si en algún momento de las evolución del 8 al 12 de abril de 2009 el paciente presento urgencia que ameritaba su intervención quirúrgica por la colelitiasis diagnosticada?*

*R/: No presento abdomen agudo si es lo que se presenta como urgencia quirúrgica pero la Clínica indica un proceso agudo repetitivo que es quirúrgico.*

*23. Indicar si al ingreso el 1 de junio de 2009 el pronóstico del paciente era distinto, teniendo en cuenta que a su egreso el 12 de abril de 2009 se le orden tramitar cita con Cirugía General y programar su intervención quirúrgica de manera ambulatoria, aclarándose que tal gestión no fue realizada por el paciente. Explicar que influencia tiene tal decisión del paciente en el desenlace de su patología de base y evolución médica?*

*R/: No hay información de que ocurrió con la gestión de la Cirugía y el comportamiento de la EPS.*

*Es evidente que presentó complicaciones por un aparente no tratamiento oportuno.”*

**22.** El citado galeno explica que la Colelitiasis es la presencia de cálculos en la vesícula biliar y tiene indicación quirúrgica prioritaria. Hoy día paciente que consulta a urgencias con síntomas atribuibles a esta entidad se debe operar lo más pronto posible. La conducta de deferir y programar ambulatoria cada día se recomienda menos y si el paciente presenta cuadro de ictericia obstructiva la indicación de realizar un CPER es la adecuada, empero tiene complicaciones como sangrado, pancreatitis aguda, perforación vía biliar con peritonitis secundaria.

Para el perito, los reportes de los exámenes paraclínicos ordenados y practicados al paciente al igual de las demás pruebas diagnósticas no evidenciaban el desarrollo de un proceso infeccioso o séptico. El paciente se deteriora luego de la realización de este procedimiento.

**23.** Como se puede apreciar, el perito no endilga responsabilidad a las demandadas, avala el procedimiento realizado al señor **JOSÉ VÍCTOR CORREA LARA**, aunque en su criterio, pacientes con diagnóstico de colelitiasis deben operarse lo más pronto posible. Concluye finalmente que, es evidente que presentó complicaciones por un “aparente” no tratamiento oportuno, es decir, que parece y no es.

Así las cosas, analizados los dictámenes periciales, no encuentra probado el Tribunal, como lo expresó la a quo, la existencia de culpa, error o falla médica proveniente de la negligencia, impericia o imprudencia que conlleve al desconocimiento de la praxis médica, en el caso bajo estudio.

**24.** También se aduce una inadecuada valoración de los testimonios del personal médico que participó en la atención dispensada al señor **JOSÉ VÍCTOR**. Para esta Sala de Decisión, el reparo no prospera.

En efecto, al proceso fueron llamados a declarar **JORGE ANDRÉS ISAZA MONTES, CÉSAR AUGUSTO RAMÍREZ PULGARÍN** y **DIANA MARÍA MONTOYA VELÁSQUEZ**, profesionales de la medicina, que para la época de los hechos prestaban sus servicios en la **CLÍNICA SALUDCOOP PEREIRA** y fueron partícipes de la atención dispensada al citado paciente. Advierte esta Sala que de sus declaraciones que obran a folios 167 a 170, 171 a 172 y 193 a 198 del cuaderno número uno, ninguna responsabilidad se puede derivar o puede inferirse.

Ahora, de la revisión cuidadosa de la providencia que puso fin a la primera instancia, encuentra esta Magistratura que la a quo se refirió a cada uno de esos testimonios individualmente considerados y luego en su conjunto, concluyendo que: *“…no hay duda, provienen de personas expertas en los temas que expusieron, válidos no solo por eso sino porque relataron de manera imparcial sobre las atenciones que le brindaron directamente al paciente en diferentes momentos de su enfermedad; contaron con suficiencia los pormenores de las dolencias del señor Correa Lara, su evolución, la forma cómo fue tratado cada uno de los momentos médicos y lo más importante, según sus conocimientos hicieron un análisis profundo de la situación que llevó a la muerte del citado individuo.”* Además resaltó el testimonio de la especialista en cirugía, doctora Diana María Montoya Velásquez, a quien calificó como *“testigo técnico”*, para concluir que *“la atención brindada a José Víctor Correa Lara fue adecuada y oportuna, según los diagnósticos que en cada uno de los momentos en que acudió a la Clínica Pereira de Saludcoop se le dieron, a tono con su evolución natural.”*

Ciertamente, aquí se trata de lo que la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia llama *“testigo técnico”,* como aquella persona que, además de haber presenciado los hechos, posee especiales conocimientos técnicos, científicos o artísticos sobre ellos (art. 227 C.P.C., inc. 3º; y art. 220 inc. 3º C.G.P.), cuyos conceptos y juicios de valor limitados al área de su saber aportan al proceso información calificada y valiosa sobre la ocurrencia de los hechos concretos que se debaten.

Por otra parte, en su declaración, los referidos médicos afirmaron que tenían una relación de dependencia laboral con la **IPS** en donde recibió la atención el ya fallecido paciente. Es decir que tanto en la fecha en que ocurrieron los hechos en que se sustentó la demanda como al momento de rendir su declaración, fungían como médicos de la **IPS** demandada a la que los actores atribuyen la negligencia médica.

Si bien es cierto que la ley procesal no establece una presunción de sospecha contra el declarante (en este caso galenos que rindieron su versión y concepto) por el mero hecho de su dependencia, o interés con relación a la parte; tales circunstancias sí pueden afectar la credibilidad o imparcialidad del deponente, por lo que deben ser tomadas en cuenta con el fin de valorar la consistencia de la información contenida en el medio de prueba, a partir de su correspondencia con las demás pruebas y con el contexto. Sin embargo, a pesar de no haberse reparado sobre este importante aspecto en la primera instancia, aquí no encuentra la Sala que dichos galenos estén encubriendo una falla médica, o que hayan demostrado o evidenciado un notorio interés en sacar avante a la parte demandada; por lo cual esta judicatura no puede desechar tales testimonios, como tampoco la a quo lo podía hacer, ni menos era dable restarles su mérito probatorio. Y es que sus afirmaciones no contradicen la información contenida en la historia clínica, ni el concepto de otros médicos que acudieron al proceso a exponer su criterio en calidad de peritos.

**25.** Además, rindieron declaración los médicos que atendieron al paciente en la UCI, cuyas declaraciones obran en el cuaderno número dos -pruebas de oficio. Son los galenos **JAIME ANTONIO ROMERO DÍAZ** y **YESID AUGUSTO GARCÍA PALACIO**. Relatan que las condiciones en que llegó el paciente a la UCI, la atención dispensada, y la causa de la muerte (esto es sepsis biliar –colangitis- y peritonitis). Consideran que las atenciones médicas brindadas durante la permanecía en la IPS, estuvieron acordes con sus dolencias.

**26.** En conclusión y habida cuenta de lo discurrido en precedencia se confirmará la sentencia venida en apelación. Se condenará en costas a la parte apelante por habérsele resuelto desfavorablemente el recurso (art. 365 num. 1 C.G.P.); se liquidarán en primera instancia, previa fijación de las agencias en derecho causadas en esta sede (artículo 366 de la misma normativa).

**VI. DECISIÓN**

En mérito de lo expuesto, el Tribunal Superior del Distrito Judicial de Pereira, en Sala Civil Familia de Decisión, administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la Ley,

**RESUELVE:**

**PRIMERO: CONFIRMAR** la sentenciadictada el 24 de noviembre de 2017 por el Juzgado Quinto Civil del Circuito de Pereira, en el presente proceso**.**

**SEGUNDO:** Costas a cargo de la parte apelante por habérsele resuelto desfavorablemente el recurso. (art. 365 num. 1 C.G.P.); se liquidarán en primera instancia, previa fijación de las agencias en derecho causadas en esta sede (artículo 366 de la misma normativa).

Esta decisión queda notificada en estrados. Se le concede la palabra a las partes.

Los Magistrados,

**EDDER JIMMY SÁNCHEZ CALAMBÁS**

**JAIME ALBERTO SARAZA NARANJO CLAUDIA MARÍA ARCILA RÍOS**